VII kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA
(NR 173)
z dnia 4 lutego 2015 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 173)

4 lutego 2015 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację na temat roli diagnostyki laboratoryjnej w efektywnym funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

W posiedzeniu udział wzięli: podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Igor Radziewicz-Winnicki** wraz ze współpracownikami, **Piotr Dzięgielewski** szef Inspektoratu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej ze współpracownikiem, **Sabina Sieprawska** ekspert w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Maciej Szustowicz** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Barbara Wierzbicka** zastępca dyrektora w Departamencie Szkolnictwa Wyższego i Kontroli Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, **Renata Górna** radca w Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych, **Józef Jakubiec** dyrektor generalny Izby Producentów i Dystrybutorów Diagnostyki Laboratoryjnej Związek Pracodawców, **Eugeniusz Jarosik** rzecznik prasowy Naczelnej Izby Aptekarskiej, **Mariusz Kocój** członek Zarządu Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych wraz ze współpracownikami, **Barbara Przybył-Hac** zastępca dyrektora Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej oraz lobbysta **Wojciech Wiśniewski** z Viewpoint Group.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo serdecznie na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam serdecznie panie i panów posłów. Witam pana ministra ze współpracownikami. Witam serdecznie wszystkich zaproszonych gości.

Szanowni państwo, czy są uwagi do przedstawionego porządku obrad. Nie widzę zgłoszeń. W takim razie stwierdzam, że porządek obrad został przyjęty. Na początek oddaję głos ministrowi. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Igor Radziewicz-Winnicki:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, pozwolę sobie pokrótce przedstawić tezy z materiału, który przesłałem jeszcze w grudniu na temat roli diagnostyki laboratoryjnej w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

Diagnostyka laboratoryjna funkcjonuje w ramach uregulowań prawnych w rodzimym systemie prawa medycznego na podstawie, z jednej strony, ustawy o działalności leczniczej, natomiast z drugiej strony, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która określa warunki oraz zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także tryb ich finansowania. Ponadto, zasady i warunki wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w medycznym laboratorium diagnostycznym określa ustawa z 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej.

Należy zauważyć, że w polskim systemie opieki zdrowotnej, podobnie jak wszędzie na świecie, badania laboratoryjne stanowią istotny element procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Są one podstawą – jak się szacuje – około 60% decyzji lekarskich i generują mniej więcej 10% kosztów systemu opieki zdrowotnej. Właściwy dobór i jakość badań diagnostycznych pozwala na ich interpretację czyniąc z nich tym samym skuteczne narzędzie podejmowania precyzyjnych decyzji lekarskich. Stanowią one zatem fundament ekonomicznej i klinicznej efektywności diagnostyki i terapii.

Badania laboratoryjne, jak wszyscy wiemy, dotyczą nie tylko medycyny diagnostycznej, naprawczej. Znajdują także rolę w badaniach przesiewowych, czyli w działaniach profilaktyki drugiej fazy. Zapewne Wysoka Komisja pamięta, że jesteśmy aktualnie w drugim roku testowania w Polsce metod diagnostyki laboratoryjnej jako alternatywy dla skriningu cytologicznego wykrywania raka szyjki macicy, przy zastosowaniu których wykrywa się antygen wirusa HPV w wymazach szyjkowych. W medycynie naprawczej, oprócz działań diagnostyki i weryfikacji diagnozy lekarskiej, szczególnie w przypadku chorób przewlekłych, a zwłaszcza w onkologii, badania laboratoryjne służą monitorowaniu skuteczności leczenia i efektywności procedur leczniczych.

Wykaz badań laboratoryjnych określony został w załączniku nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji" do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Aktualnie minister zdrowia jest w trakcie nowelizowania tego dokumentu prawnego. To jest bardzo rozbudowany i złożony dokument prawny i trzeba szczerze powiedzieć, że istnieje wiele obszarów tematycznie bardzo różnych, gdzie środowisko i minister zdrowia zauważają konieczność poprawy, począwszy od badań w zakresie diagnostyki genetycznej, a skończywszy na procedurach opisanych w tym akcie prawnym.

Standardy obowiązujące w diagnostyce laboratoryjnej mają za zadanie, z jednej strony, zapewnić jakość badań laboratoryjnych, a z drugiej strony, ich rzetelność i wiarygodność, czyli, tak naprawdę, czułość i swoistość, co szczegółowo określono w art. 17 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, a w aktach wykonawczych zdefiniowano szczegółowe wymagania, jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia medycznego laboratorium diagnostycznego, ze szczególnym uwzględnieniem warunków sanitarnych pomieszczeń i urządzeń oraz wymagania fachowe dotyczące personelu i kierownika laboratorium diagnostycznego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych określa, między innymi, takie parametry, jak standardy jakości medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych zakresie czynności laboratoryjnej diagnostyki medycznej, w tym immunologii medycznej, ponadto standardy jakości w zakresie mikrobiologicznych badań laboratoryjnych, w tym badań technikami biologii molekularnej, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej. Właśnie ten aspekt jest w tej chwili przedmiotem intensywnych prac z uwagi na, po pierwsze, pojawienie się nowszych metod diagnostycznych. Po drugie, z uwagi na konieczność doprecyzowania takich form wykonywania tych badań, aby uzyskać ich największą jakość – co, przy pewnych uwarunkowaniach wiążących się, po pierwsze, ze zjawiskiem outsourcingu, po drugie, ze zjawiskiem przetargów łączonych, w praktyce budzi przekonanie o konieczności doprecyzowania wielu przepisów. A po trzecie, ze względu na standardy jakości dla laboratorium w zakresie czynności złuszczeniowej cytomorfologii medycznej, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań czy standardy jakości dla laboratorium w zakresie czynności laboratoryjnej immunologii transfuzjologicznej, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań. Ponadto przepisy prawa szczegółowo regulują zasady dotyczące: pobierania materiału do badań laboratoryjnych, transportu materiału biologicznego, przyjmowania materiału do badań biologicznych, przechowywania materiału do badań laboratoryjnych; metod badawczych; zapewnienia jakości badań laboratoryjnych; przedstawienia i wydawania sprawozdań z badań laboratoryjnych.

Od roku 2009 laboratoria w Polsce zostały zobligowane do stałego uczestnictwa w podstawowych programach zewnętrznej oceny jakości organizowanych przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej w Warszawie i Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi. Są to jednostki podległe Ministrowi Zdrowia. Organizują one i realizują międzylaboratoryjną kontrolę jakości badań mikrobiologicznych i epidemiologicznych, a także oceniają jakość stosowanych metod. Te badania kontrolne mają fundamentalne znaczenie, ponieważ ich oznaczanie, regularne powtarzanie, stanowi podstawę pewności odnośnie do właściwych

parametrów czułości, powtarzalności i swoistości oznaczeń wykonanych w poszczególnych laboratoriach. W odniesieniu do badań nieobjętych podstawowymi programami, laboratorium może brać udział w innych programach krajowych lub międzynarodowych. Jest to wymóg, który wynika z art. 17 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej.

Kwestie nadzoru i kontroli także zostały uregulowane w ustawie o diagnostyce laboratoryjnej. Kontrole przeprowadzają i oceniają wizytatorzy powołani przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych spośród diagnostów laboratoryjnych. Jest to instytucja ekspercka, jednostka samorządu zawodowego, której niezależność jest gwarantem jakości wykonywanych badań. Wizytatorzy są uprawnieni do: wizytowania pomieszczeń laboratorium, obserwowania sposobu wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej, żądania informacji, wyjaśnień i udostępniania dokumentacji medycznej i wydawania zleceń powizytacyjnych. W przypadku nieprawidłowości mających wpływ na wyniki badań diagnostycznych, wizytator ma obowiązek powiadomić właściwego wojewodę, który jest organem sprawującym nadzór administracyjny nad laboratoriami. Obecnie prowadzona jest nowelizacja rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych, a zatem także w części załącznika 4: „Standardy jakości w zakresie czynności laboratoryjnej genetyki medycznej...", o czym już wspomniałem wcześniej.

Warto także zauważyć, że laboratoria mogą i powinny stosować normy jakości ISO. Aktualnie mają zastosowanie dwie normy: 17025 „Ogólne wymagania dotyczące kompetencji laboratoriów badawczych i wzorcujących" oraz 15189 „Laboratoria medyczne – szczegółowe wymagania dotyczące jakości i kompetencji". Laboratoria mają możliwość wyboru normy odniesienia, zależnie od profilu swej działalności i w zakresie wykonywanych badań. Proces akredytacji dla medycznych laboratoriów diagnostycznych, który trwa już szósty rok, prowadzi Polskie Centrum Akredytacji. Lista akredytowanych podmiotów jest dostępna na stronie PCA i jest jawna.

Ważną rolę w zachowaniu odpowiednich standardów jakości w zakresie diagnostyki laboratoryjnej pełnią osoby wykonujące zawód diagnosty laboratoryjnego. Obowiązujące przepisy dotyczące wymogów kształcenia pracowników laboratorium wynikają z ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Stanowią one, że uprawniona do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej jest osoba, która posiada tytuł zawodowy technika analityki medycznej i tytuł zawodowy licencjata uzyskany na kierunku analityka medyczna lub inny tytuł zawodowy – dotyczy to osób, które ukończyły studia wyższe na kierunkach: biologia lub farmacja, i uzyskały tytuł zawodowy magistra; chemia lub biotechnologia, i uzyskały tytuł zawodowy magistra lub inżyniera; weterynaria – z tytułem zawodowym lekarza weterynarii – oraz diagnosta laboratoryjny i osoba posiadająca tytuł zawodowy lekarza i prawo wykonywania zawodu lekarza oraz wiedzę i umiejętności w zakresie wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej uzyskane w ramach specjalizacji lub posiadająca umiejętności z węższych dziedzin medycyny.

Przemiany, które dotyczą kadr medycznych, trwają w Polsce od kilkunastu lat. W tej chwili możemy powiedzieć, że mamy dobrze wykwalifikowaną kadrę diagnostów o bardzo jasnym profilu wykształcenia, które jest prowadzone w uczelniach o profilu medycznym. Jednocześnie, w związku z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej i Sportu w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego, kształcenie w starym systemie, czyli w 2,5-letnich szkołach policealnych w zawodzie technik analityki medycznej, zostało zlikwidowane, co jest działaniem prowadzącym do poprawy jakości i poziomu wykształcenia kadr, a tym samym poprawy bezpieczeństwa i efektywności klinicznej diagnostyki laboratoryjnej jako jednego z fundamentów współczesnej medycyny. Warto zauważyć, że także osoba, która posiada tytuł zawodowy licencjata, uzyskany na studiach pierwszego stopnia na kierunku analityka medyczna, nie jest uprawniona do samodzielnego wykonywania wszystkich czynności diagnostyki laboratoryjnej, bowiem samodzielnie wykonuje te czynności tylko osoba, która ma pełne i odpowiednie uprawnienia.

Jeśli pan przewodniczący pozwoli, nie będę cytować wszystkich przepisów dotyczących kształcenia, tym bardziej, że one zapewne staną się przedmiotem debaty. Natomiast, warto wskazać, że podpisana przez pana prezydenta ustawa z dnia 11 lipca

2014 r. o zmianie ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym oraz niektórych innych ustaw wprowadziła zmianę od roku akademickiego 2015/2016 odnośnie do zasad kształcenia w zakresie analityki medycznej w systemie szkolnictwa wyższego. Zgodnie z przepisami w sprawie kierunku prowadzenia studiów na określonym kierunku i poziomie kształcenia, kierunki studiów lekarskich, lekarsko-dentystycznych, farmacja, weterynaria, a także analityka medyczna, są prowadzone jako jednolite studia magisterskie. Ponadto, jednostka organizacyjna uczelni prowadząca studia I stopnia w zakresie analityki medycznej, czyli dotychczasowe studia licencjackie, może je prowadzić do zakończenia cyklu kształcenia rozpoczętego przed dniem 1 października 2015 r. Jednocześnie zmiana ustawy – Prawo o szkolnictwie wyższym wprowadziła delegację dla ministra właściwego do spraw szkolnictwa, który w porozumieniu z ministrem zdrowia określa w drodze rozporządzenia standardy kształcenia na kierunku analityka medyczna lub medycyna laboratoryjna, uwzględniając wymogi dotyczące kształcenia i szkolenia przygotowujące do wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego. To jest bardzo istotna zmiana, o którą minister zdrowia bardzo długo wnosił, ponieważ jest to działanie, które powoduje, że minister zdrowia, który jest konstytucyjnie odpowiedzialny za cały sektor zdrowia, przejmuje kontrolę nad zakresem i treścią kształcenia osób, które następnie wykonują świadczenia z zakresu diagnostyki. Dziękuję uprzejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję panu ministrowi za przedstawienie tej problematyki. Dla pełnego obrazu, przed rozpoczęciem dyskusji, poproszę jeszcze o wypowiedź panią Puacz, prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Bardzo proszę, pani prezes.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Dziękuję serdecznie. Bardzo dziękuję, że tematyka dotycząca roli diagnosty laboratoryjnego stała się tematem posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia.

Szanowni państwo, wartość medycyny laboratoryjnej w bezpieczeństwie i efektywności opieki nad pacjentem jest coraz większa. Jest wiele artykułów w literaturze światowej badających i ukazujących rolę i przydatność medycyny laboratoryjnej. Clinical Laboratory News już w 2004 r. cytował dra Forssmana ze Stanów Zjednoczonych, który stwierdził, że diagnostyka laboratoryjna odpowiada za 5% kosztów systemu ochrony zdrowia, a wpływa na 95% pozostałych kosztów. Natomiast z przeprowadzonych badań wynika, że badania laboratoryjne w Stanach Zjednoczonych zapewniają 80% obiektywnych danych oraz wpływają na 60-70% podejmowanych decyzji lekarskich. W tym momencie powstaje pytanie, czy w Polsce takie badania są wykonywane.

Polska jest w bardzo dobrej sytuacji, ponieważ jako pierwsza w 1977 r. rozpoczęła kształcenie na uniwersytetach medycznych kadry diagnostów laboratoryjnych, czyli personelu wyższego medycznych laboratoriów diagnostycznych. Obecnie mamy 14,5 tys. diagnostów, z których, oprócz podanych tu przez pana ministra 2221 diagnostów laboratoryjnych z tytułem specjalisty uzyskanym po 2006 r., mamy jeszcze 1213 diagnostów, którzy uzyskali tytuł specjalisty starym trybem, czyli przed rokiem 2006. Czyli, w sumie, 3232 diagnostów posiada tytuł specjalisty z 14 dziedzin medycyny laboratoryjnej. Można więc powiedzieć, że co czwarty diagnosta laboratoryjny jest specjalistą. Są diagności, którzy posiadają tytuły specjalisty z dwóch różnych dziedzin.

Rola diagnosty, to nie tylko wydanie wiarygodnego wyniku badania laboratoryjnego, ale też ścisła współpraca z lekarzem prowadzącym pacjenta w doborze badań, interpretacji wyniku, a także, na przykład, w mikrobiologii, w doborze antybiotykoterapii. Wykształcenie diagnosty laboratoryjnego przygotowuje go do takiej współpracy. Szczegółowe badania przeprowadzone przez Levin Group dla Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorób w Stanach Zjednoczonych stwierdziły, że medycyna laboratoryjna jest niezbędnym elementem systemu ochrony zdrowia, jest zintegrowana z wieloma decyzjami klinicznymi zapewniając lekarzom, pielęgniarkom oraz pozostałej kadrze medycznej często kluczowe informacje do zapobiegania, diagnozy, leczenia oraz kontroli nad chorobami. W Narodowym Programie Ochrony Antybiotyków, a także w kontroli zakażeń szpitalnych, rola diagnostów laboratoryjnych jest ogromna.

Jaka jest rzeczywistość w Polsce? Mamy teorię, jak powinno być. A jak jest oceniana medycyna i jak jest w Polsce? W polskim systemie ochrony zdrowia świadczenia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej nie są oddzielnie kontraktowane ani refinansowane w całości. W podstawowej opiece zdrowotnej są włączone w stawkę kapitacyjną, w której są środki na diagnostykę, i według uznania lekarza. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej ma listę dostępnych badań, tak zwany koszyk, ale nie jest kontrolowany przez płatnika, jak wykorzystuje ten „koszyk". Na podstawie danych z wojewódzkich oddziałów NFZ przygotowaliśmy dla państwa informację o liczbie zlecanych badań w poszczególnych województwach i procencie wydanych pieniędzy na diagnostykę laboratoryjną z puli przeznaczonej na podstawową opiekę zdrowotną. Średnio jest to około 4,5%.

Specjalistyczna opieka zdrowotna ma stawki za wykonanie świadczeń specjalistycznych, w których są badania diagnostyczne, część jest refinansowanych i są refinansowane całe świadczenia. W opiece specjalistycznej jest koszyk świadczeń specjalistycznych. Lecznictwo zamknięte ma wycenione świadczenia dla lecznictwa zamkniętego, w tym są badania laboratoryjne. Ustawodawcy niedokładnie i niedbale wykonali wyliczenia kosztowe diagnostyki specjalistycznej typu diagnostyki molekularnej i w niedługim czasie dla chorych, na przykład, na raka, czy chorych onkologicznych, nie zostaje ta diagnostyka wstrzymana, ponieważ rzeczywiście ona nie pokrywa kosztów całkowitej diagnostyki pacjenta. Za badanie molekularne jest 45 punktów, czyli, razy 12 zł, jest to 540 zł, a dla przykładu diagnostyka w ostrej białaczce szpikowej wynosi około 1800 zł. Wniosek jest prosty – brakuje 1260 zł. To samo z badaniem rearanżacji dla genu ALK – około 1000 zł. Wniosek prosty – brakuje 460 zł.

Nie ma w Polsce rejestru wykonywanych badań laboratoryjnych i nie ma ceny badania. Ciekawa jestem, na podstawie jakich analiz pracownicy Ministerstwa Zdrowia przygotowali panu ministrowi dane świadczące o tym, że aż 10% kosztów opieki zdrowotnej ponoszonych jest na diagnostykę laboratoryjną. Przez to, że nie ma kosztów badania, menadżerowie szpitala traktują medyczne laboratoria diagnostyczne jako źródło wydatków, a nie źródło zysku w wyniku prawidłowego leczenia, krótkiej hospitalizacji, braku powikłań. Diagnostyka laboratoryjna zaczęła być traktowana jako źródło pomocnicze, jak kuchnia, pralnia, sprzątanie, a nie jako integralna część całego procesu leczniczego, która zapewni prawidłowy proces leczniczy.

Lawinowo wchodzą na rynek polski ekstensywne laboratoria sieciowe z zagranicznym kapitałem, promujące za badania tak niskie ceny, że uniemożliwiają one utrzymanie się na rynku polskich laboratoriów medycznych chcących zachować jakość świadczeń określoną w rozporządzeniach wymienionych wcześniej przez pana ministra. Podam kilka przykładów.

W 1998 r. koszt morfologii wynosił 10 zł. Dzisiaj w Polsce jest sprzedawana średnio za 3 zł, a niekiedy nawet za 28 gr. – przykład szpitala świdnickiego pod Lublinem. Analiza moczu – od 50 gr. do złotówki, podczas gdy skorzystanie z toalety publicznej kosztuje 1,5 zł. Przepraszam za to porównanie. Jak jeszcze można zniszczyć diagnostykę laboratoryjną? Jak można zniszczyć zawód medyczny i świadczenie medyczne?

W Hiszpanii i Czechach, są tak samo określone badania – czy dla podstawowej, czy specjalistycznej opieki zdrowotnej – ale są dokładnie wycenione, monitorowane i jest też określone, kto i jakie badanie może wykonać, czy osoba posiadająca tytuł specjalisty, czy niższy tytuł – bo tam jest specjalista wyższego stopnia i niższego. Tak samo we Francji. Lekarz jest oddzielnie rozliczany za swoją usługę, natomiast, jeżeli wykonuje badania, laboratorium rozlicza się bezpośrednio z ubezpieczycielem za usługę dla pacjenta. Ubezpieczyciel zna stawki badania, kontroluje, ile badań jest wykonywanych i za co płaci. Jeżeli koszt badania we Francji jest wyższy niż ubezpieczyciel ocenił, wtedy dopłaca pacjent. Czyli, ważne jest, żeby w systemie wiedziano, za co się płaci, kto te zadania wykonuje i w jakiej ilości. My w tym momencie nie mamy takiej wiedzy.

Odnośnie do jakości usług, owszem, jest prawo, o którym wspomniał pan minister, ale martwe, gdyż brak w nim rzeczywistych mechanizmów egzekwowania, o czym wielokrotnie informowaliśmy Ministerstwo Zdrowia, a szczególnie Departament Organizacji i Ochrony Zdrowia. Pierwsze niejasności umożliwiające pominięcie jakości w medycznym laboratorium wiążą się z rejestracją laboratorium u wojewody. W rozporządze-

niach są niezgodności w nazewnictwie kodów resortowych i brak jest w nich medycznego laboratorium diagnostycznego, są tylko pracownie. Rejestracja odbywa się tylko na podstawie opinii sanepidu dotyczącej warunków lokalowych. Krajowa Izba, zgodnie z ustawą, prowadzi ewidencję już zarejestrowanych laboratoriów u wojewody. W ustawie jest powiedziane, że w ewidencji jest tylko nazwa i adres laboratorium. Nie mamy informacji o tym, jaki jest profil wykonywanych badań, kto jest kierownikiem, czy pracownicy spełniają wymogi. Chcieliśmy to wprowadzić. Niestety, jedna z firm sieciowych podała nas do Najwyższego Sądu Administracyjnego, który stwierdził, że nie jest to obligatoryjna informacja – może być tylko fakultatywna. Czyli, mamy tylko nazwę i adres laboratorium.

Proszę państwa, przy rejestracji nie jest wymagana informacja, kto jest kierownikiem. Rozporządzenie mówi, że kierownik laboratorium musi posiadać tytuł specjalisty, ale – jak wynika z tego, co mówią prawnicy laboratoriów sieciowych – nie jest powiedziane, w ilu laboratoriach może być. I, niestety, niektóre laboratoria zrezygnowały z kierowników na rzecz koordynatorów, a także znamy przypadki w laboratoriach sieciowych, że kierownik pełni te funkcję w ośmiu laboratoriach oddalonych od siebie o kilkaset kilometrów. Poza tym, niestety, następuje wykupywanie polskich laboratoriów. Pozostają punkty pobrań, a materiał jest transportowany. W tym momencie lekarz jest pozbawiony bezpośredniego kontaktu z diagnostą, który zna pacjenta jak lekarz i ułatwia mu dobór czy interpretację wyników. Nie zatrudnia się diagnostów w laboratoriach. Są nawet zwalniani, ponieważ są za drodzy, szczególnie diagności posiadający tytuł specjalisty. A mądry diagnosta nie wykona badania, jeżeli materiał był transportowany kilkanaście godzin w nieprawidłowych warunkach.

Nie wolno powtórzyć badania, kiedy wynik jest wątpliwy, bo jest za drogi, bo to kosztuje właściciela laboratorium. Badania wykonywane są przez osoby nieuprawnione, o czym świadczy protokół z kontroli jakości badań etapu diagnostycznego realizowanego w ramach populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w roku 2013, w którym stwierdzono, że aż 27% osób wykonujących badania cytologiczne w ramach tego programu nie posiadało uprawnień. Jednak, ktoś za te badania zapłacił. W jakiej sytuacji był lekarz mając niewiarygodne wyniki? A gdzie bezpieczeństwo pacjenta, kiedy następuje likwidacja medycznych laboratoriów, a materiał jest transportowany kilkaset kilometrów do innych miast, a także za granicę Polski? Transport materiału, niestety, odbywa się bez jakiejkolwiek kontroli. Wyjaśnienia ze strony Ministerstwa Zdrowia, że za to odpowiada...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani prezes, prosiłbym nieco skrócić wypowiedź...

Prezes KRDL Elżbieta Puacz:

Już kończę... Można kontrolować powyżej 2,5 t, a nie materiał wożony koleją, samochodami czy autobusami. Także pielęgniarki są zmuszane do transportu materiału bezpośrednio od pacjentów.

Odnośnie do nadzoru nad jakością, proszę państwa, są dwa ośrodki, o których wspomniał pan minister, mówiące o kontroli jakości niektórych badań analitycznych i mikrobiologii POLMIKRO. Jednakże brak udziału w tej kontroli czy negatywny wynik nie ma wpływu na to, czy to laboratorium nadal jest w systemie i wykonuje badania, czy nie.

Proszę państwa, brak jest kontroli ośrodków w kierunku cytologii, genetyki, parazytologii, immunologii, serologii i chorób infekcyjnych. Były rozmowy prowadzone przez Krajową Izbę z genetykami i patologami o konieczności tej kontroli z zakresu świadczeń onkologii. Niestety, trwały one ponad 3 lata i stwierdzono, że nadzór nad jakością prowadzi Krajowa Izba, a także wojewodowie. Oczywiście jest to prawda, jednakże to prawo spowodowało, że samorząd – zespół wizytatorów – jest policją dla swojego środowiska bez żadnych umocowań prawnych umożliwiających zamknięcie danego laboratorium medycznego, a jednocześnie utrzymywane jest ze składek diagnostów laboratoryjnych. Krajowa Izba może wyłącznie powiadomić wojewodę o nieprawidłowościach. I odnośnie do tego nieszczegółowo podano panu ministrowi informację, ponieważ w art. 13 jest napisane, że zespół wizytatorów może kontrolować tylko czynności diagnosty laborato-

ryjnego. Czyli, w laboratorium, gdzie nie ma diagnosty, nie ma możliwości sprawdzenia świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

Podsumowując – mamy wiedzę o znaczeniu medycyny laboratoryjnej, mamy świetnie wykształconą kadrę cenioną na świecie, mamy też skonstruowane prawo, ale jest ono niespójne. Nie ma prawidłowego wykorzystywania medycyny laboratoryjnej dla opieki nad pacjentem. Lekarze pozbawieni są wsparcia merytorycznego diagnostów. Giną w oczach dobre polskie laboratoria, rynek przejmowany jest bez żadnej kontroli publicznej przez nieuczciwy, nastawiony na komercjalizację biznes.

Na koniec chciałabym jeszcze przeczytać państwu otrzymany e-mail. „Szanowna Pani Prezes, postanowiłam do Pani napisać list-prośbę. Jestem diagnostą laboratoryjnym. Błagam, ratujcie diagnostów laboratoryjnych i pacjentów! To, co się dzieje, jest przerażające. Szczególnie dotyczy to prywatnych laboratoriów. Właściciele-biznesmeni wymuszają na diagnostach ogromnie ryzykowne zachowania. Mam na myśli pieczątkowanie wyników. Nie można tego nazwać autoryzacją, bo to nie ma z nią nic wspólnego. Jestem diagnostą na dyżurze. Podpisuję wszystkie wyniki z całego laboratorium z Polski, a nawet, jeśli są wykonane poza granicą Polski. Serolog jest odrywany od pracy i zajmuje się innymi badaniami w labie. Liczba pracowników niebezpiecznie mała. Sprzęt jednorazowego użytku myty w zlewie wodą – probówki, pipety. W końcu mamy zakaz, w ramach oszczędności, używania rękawiczek ochronnych. O odzieży ochronnej nie ma mowy. I jedno pytanie – gdzie szukać pomocy, kiedy nieprzestrzegane są rozporządzenia Ministra Zdrowia? Przepraszam za moją chaotyczność, ale jest to wynik mojego zdenerwowania. Ratujcie nas! Kontrolujcie, sprawdzajcie, wymagajcie, uświadamiajcie innym. Zwracam na to uwagę i proszę – ratujcie nas! Przepraszam, ale boję się podpisać imieniem i nazwiskiem". Mail do państwa dyspozycji. Dziękuję państwu serdecznie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę jeszcze o krótką wypowiedź pana profesora Szmitkowskiego, konsultanta krajowego w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej. Bardzo proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej Maciej Szmitkowski:

Dziękuję bardzo. Na początek trochę liczb, żeby państwu jeszcze bardziej przybliżyć zagadnienie diagnostyki laboratoryjnej.

W Polsce jest 1658 laboratoriów, z których 661 to laboratoria średnie – największa grupa – zatrudniające 4-10 pracowników. Chciałbym powiedzieć, że jakość pracy polskich laboratoriów jest kontrolowana przez Centralny Ośrodek Badania Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, podległy Ministerstwu Zdrowia. Wszelkie kontrole tego Ośrodka, bardzo szerokie, wykazują, że 90% wyników laboratoryjnych powstających w polskich laboratoriach jest poprawnych. To jest bardzo dobry rezultat – na 10 wyników tylko jeden może być w jakiś sposób błędny.

Chciałbym jeszcze przedstawić państwu dane, jak wypadamy na tle Europy. Jest stowarzyszenie producentów dla diagnostyki laboratoryjnej, które bardzo dokładnie określa, ile i jaki kraj kupił odczynników i aparatury. W tych wartościach, które ono podaje, nie ma oczywiście ceny pracy, usługi, natomiast jest wartość zakupów materiałowych. I tak, Polska na 27 krajów w Europie znajduje się na miejscu 20., czyli siódmym od końca, wydając 7,3 euro na głowę obywatela w ciągu roku. Na przykład, Litwa wydaje 9,1 euro, Estonia 10,6, Łotwa 11,4, a Czechy 13,6.

Proszę państwa, w czym uparuję tej złej sytuacji, o której mówiła pani prezes. O ile szpitale nie mogą żałować pieniędzy, muszą diagnozować, o tyle system finansowy, w jakim pracuje polski lekarz rodzinny, jest naprawdę fatalny. On dostaje stawkę kapitacyjną i każde badanie, jakie wykona, odczuwa jako wydatek z własnej kieszeni. Im mniej zbada, tym więcej zaoszczędzi, tym więcej będzie mieć pieniędzy.

Dlaczego Czesi tak dobrze stoją? W Czechach jest właśnie tak, że badania kontraktuje ubezpieczyciel narodowy. On laboratoriom dobrym płaci wyższe stawki, gorszym płaci niższe. W ten sposób stratyfikuje także laboratoria, stwarza nacisk i presję na to, żeby być dobrym. A jak jest u nas? Lekarz rodzinny kontraktuje laboratorium najtańsze, a najtańsze, to wiadomo, jakie. Musimy więc zmienić ten system. Próbowaliśmy

kiedyś lekarza rodzinnego zmusić do tego, żeby wydawał 14% na diagnostykę. W wyniku strajku błyskawicznie to uchylono, bo właśnie dlatego strajkował...

Proszę państwa, powiem tak. W szpitalach spotykamy się z pacjentami niezwykle zaniedbanymi – ja pracuję w szpitalu. Była słynna sprawa w Białymstoku z małym dzieckiem, które umarło z powodu niezrobienia mu badania morfologii. Morfologia dawała 100-procentowe rozpoznanie. To była białaczka.

Uniwersytet Medyczny w Lublinie robi obozy studenckie na Podkarpaciu, gdzie badają pacjentów ze środowisk wiejskich. W ciągu trzech tygodni wykrywają co najmniej kilkanaście przypadków cukrzycy i kilka chorób nowotworowych krwi.

Biorę czasem udział w audycjach radiowych lub telewizyjnych, gdzie mówi się o diagnostyce, a potem słuchacze mogą dzwonić. To jeden chór skarg. Na razie mówię o leczeniu. A gdzie jest profilaktyka? Nie ma żadnej profilaktyki, proszę państwa. Po pierwsze – cukrzyca. Tym pacjentom trzeba zlecać badania glukozy, jakby bez powodu. Nerki – trzeba badać kreatyninę. Potem leczenie chorób nerek – dializy, sztuczne nerki – bardzo drogo nas kosztuje. Parametry lipidowe. Na Zachodzie uważa się, że już po 20 roku życia trzeba je badać, bo ostatecznie są choroby sercowo-naczyniowe, zawał i znowu olbrzymie koszty. Tarczyca – oznaczanie TSH. PSA – rak gruczołu krokowego. To wszystko powinno być robione w ramach profilaktyki. Tego nie robi się wcale, proszę państwa.

Co zrobić? Jest tylko jedno lekarstwo – laboratoria powinny być finansowane ze strony ubezpieczyciela, a lekarz rodzinny powinien mieć pewien limit. Jeżeli go przekroczy, to wtedy będzie musiał dopłacić, ale te pieniądze, i te decyzje, nie mogą zostać tylko w ręku lekarza rodzinnego. Zresztą to samo dotyczy szpitali. W takim układzie – tak, jak mówiła pani prezes – dyrektor uważa laboratorium za ośrodek kosztów i usiłuje je wynająć, odsprzedać, tak jak pralnię czy kuchnię. Natomiast, jeśli laboratorium będzie płatne ze strony ubezpieczyciela narodowego, wtedy laboratorium będzie dla dyrektora ośrodkiem zysków. Będzie o nie dbać i będzie się starać, żeby było jak najlepsze i pozyskiwało jak najwięcej środków. Tyle z mojej strony. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Otwieram dyskusję. Jest już wiele zgłoszeń. Pozwolą państwo, że na początek – później odniosę się jeszcze do tego w dyskusji – chciałbym powiedzieć jedno. Bardzo dobrze stało się – widać to już po tych wstępnych wypowiedziach – że zajęliśmy się tą tematyką. Z pewnością będziemy musieli w tej sprawie wystosować dezyderat do ministra zdrowia. Myślę, że odnośnie do tego wszyscy tutaj będziemy zgodni. A teraz, w kolejności zgłoszeń – tak, jak zaobserwowałem – najpierw pani poseł Mucha. Bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Rozpoczynam od pytania, które staje się tradycją. Kiedy otrzymam obiecaną odpowiedź na piśmie na pytania, jakie zadałam na poprzednich posiedzeniach Komisji Zdrowia? Nie otrzymałam ich nadal, mimo iż upływają już miesiące.

Teraz przechodzę do dzisiejszego...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, od razu powiem. Panie ministrze, wyznaczyłem wówczas termin mówiąc to do mikrofonu. Wprawdzie wówczas nie dotyczyło to pana – raz to był na pewno minister Arłukowicz, a innym razem, nie pamiętam czy minister Neumann... Nie jestem pewien. Możemy to sprawdzić. Tak, czy inaczej, termin został wyznaczony. Jeżeli państwo z różnych względów nie potrafią tego terminu dotrzymać, to – jak rozumiem – powinna wpłynąć od państwa jakaś informacja w tej sprawie. I pani poseł absolutnie ma rację. Mam nadzieję, że do końca tego posiedzenia Sejmu państwo odpowiedzą na zadane pytania. Bardzo proszę.

Poseł Joanna Mucha (PO):

Bardzo dziękuję. Proszę państwa, uważam, że ten element naszego systemu opieki zdrowotnej, jakim jest diagnostyka laboratoryjna, jest jednym z najsłabszych w całym systemie. Poprzez różnego rodzaju kontakty, również z panią przewodniczącą, temat

jest mi dość dobrze znany. Rzeczywiście uważam, że mamy bardzo wiele do zrobienia. Dlatego jestem wdzięczna za pomysł przygotowania dezyderatu.

Proszę państwa, jest naprawdę bardzo źle. A to dlatego, że nie dbamy o jakość naszych laboratoriów, nie kontrolujemy jakości, nie sprawdzamy liczby badań fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych. Pan profesor przed chwilą powiedział, że na 10 wyników jeden jest niewłaściwy. Ja zaryzykowałabym tezę, że więcej jest wyników niewłaściwych, ale zakładając nawet, że jest to 1 na 10, to oznaczałoby – jest nas tutaj 45 osób – że dwie osoby spośród nas robiąc badania... Czy mogę poprosić o ciszę, panie pośle? Przeszkadza mi pan...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym państwa prosił o nieprzeszkadzanie...

Poseł Joanna Mucha (PO):

...dwie osoby spośród nas otrzymałyby wynik fałszywie dodatni i trzy fałszywie ujemny. Czyli, trzy osoby spośród nas na tej sali otrzymałyby wynik, który mówiłby, że nie jesteśmy chorzy, podczas gdy bylibyśmy chorzy. To nie są rzeczy, nad którymi można przejść do porządku dziennego. Jeśli pomnożymy nawet ten 10-procentowy wskaźnik przez liczbę badań, liczbę ludzi, którzy poddają się badaniom, to okazałoby się, że jest to po prostu niebezpieczne. Jest to niebezpieczne. I niestety, obawiam się, że bardzo duża część błędów lekarskich i źle postawionych diagnoz wynika właśnie z tego, że nie potrafimy w odpowiedni sposób wykorzystać diagnostyki laboratoryjnej, podczas gdy nam się to po prostu opłaca.

To są błędy w systemie. To są błędy związane z funkcjonowaniem naszego systemu, które można naprawić. Wystarczy spojrzeć na to, jakie rozwiązania są stosowane za granicą. Naprawdę, to nie są błędy, których nie można pokonać poprzez lepsze ustawienie tego systemu.

Teraz kilka konkretnych pytań. Pan minister już to właściwie powiedział w swoim wystąpieniu – nie będę cytować – ale po raz kolejny chcę zapytać, czy przyjmujemy paradygmat prewencyjny czy naprawczy stosując badania laboratoryjne. Padła odpowiedź w pana wypowiedzi. Mam nadzieję, że jest jeszcze szansa na to, żebyśmy przemyśleli tę sprawę pod tym kątem i żeby ta odpowiedź była inna.

Wiemy o tym, że badania nie są oddzielnie kontraktowane przez NFZ, że są zlecane przez specjalistów i szpitale, bo w POZ, wiadomo, to trochę inaczej wygląda. De facto, praktyką jest to, że szpital zgłasza, z jakim laboratorium ma podpisaną umowę, ale nigdy nie wiemy, czy badania rzeczywiście są wykonywane właśnie w tym laboratorium. Nikt nie ma kontroli nad tym, czy badania są zlecane w miejscu, które ma odpowiednie certyfikaty, obsadę i spełnia wymogi dotyczące sprzętu, jednorazowego sprzętu itd. Jest więc pytanie, czy państwo jako NFZ jakąkolwiek kontrolę nad tym sprawują.

Czy państwu znana jest praktyka stosowania cen dumpingowych przez laboratoria, szczególnie sieciowe, i czy państwu znane są konsekwencje wysyłania badań w te miejsca, które stosują ceny dumpingowe? Jakie są sankcje, jeśli w laboratorium są zidentyfikowane nieprawidłowości? Jakie sankcje w praktyce państwo stosują?

Czy jest kontrola nad tym, kto de facto wykonuje badania? Państwo w informacji przedstawili bardzo dokładnie, kto je powinien wykonywać, ale chociażby wypowiedź pani przewodniczącej wskazuje na to, że są takie laboratoria, gdzie wymogi dotyczące personelu w ogóle nie są spełnione. Czy państwo to kontrolują, czy mogą to kontrolować?

Czy państwo kontrolują transport materiału badawczego? Z moich informacji wynika, że zdarza się transport na kilkaset kilometrów, w wyniku czego materiał pobrany do badań nie nadaje się już do niczego. Nie ma sensu przebadanie go, bo jest to tylko strata pieniędzy.

Czy Ministerstwo lub NFZ prowadzą jakikolwiek rejestr liczby wykonanych badań – oczywiście w określonych profilach – kosztów, jakości, liczby badań fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych? Wiemy, jaka jest odpowiedź, ale nadal podtrzymuję to pytanie.

Proszę o odpowiedź także panią przewodniczącą. Państwa Izba może kontrolować badania. Mają państwo możliwość powiadomienia wojewody o tym, że są nieprawidłowości. Pierwsze pytanie – co wynika z tych zawiadomień? Jaka jest pani wiedza na ten

temat, co dały te zawiadomienia? A po drugie, proszę skomentować fakt, że kiedy pani wchodzi do laboratorium i chce kontrolować, a pracę wykonuje nie diagnosta laboratoryjny tylko osoba nieuprawniona, to pani nie ma możliwości skontrolowania tego. Proszę o komentarz na ten temat.

Odnośnie do braku niezależnych ośrodków oceny jakości z zakresu genetyki, cytologii i parazytologii i jeszcze kilku innych specjalności – przepraszam, że nie wymienię – to jest coś niesłychanego, że my w ogóle nie kontrolujemy bardzo dużego zakresu i jakości wykonywanych badań laboratoryjnych. Panie ministrze, ile laboratoriów zostało wycofanych z rynku albo, jakie inne kroki zostały podjęte wobec tych laboratoriów, które zostały zbadane przez te dwa ośrodki podległe Ministrowi Zdrowia. Jakie kroki wobec tych laboratoriów zostały podjęte? Jakie były wyniki tych kontroli?

Proszę powiedzieć, panie ministrze, jak to jest możliwe, że wojewoda rejestrując laboratorium sprawdza je tylko pod względem wymogów związanych z sanepidem, i nic więcej. Jak możliwe jest dopuszczenie laboratorium do funkcjonowania bez merytorycznego dopuszczenia jego funkcjonowania?

I na koniec... Może to tyle. A ponieważ pan minister po raz kolejny nie notował moich pytań, ja je zanotowałam i będę wdzięczna za odniesienie się do wszystkich. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Hrynkiewicz.

Poseł Józefa Hrynkiewicz (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, panie profesorze, pani prezes, ja otrzymałam bardzo cenne materiały od pani prezes, a także sama postarałam się o różne materiały. Podobnych listów, jak pani prezes, dostaję dużo, i to od dłuższego czasu. W połowie ubiegłego roku wystąpiłam do Najwyższej Izby Kontroli z prośbą o przeprowadzenie kontroli dotyczącej funkcjonowania laboratoriów, a przede wszystkim tego, co jest groźne dla stanu sanitarnego kraju – tego wielokilometrowego przewożenia w jakichkolwiek warunkach materiałów pobranych do badań, także materiałów zakaźnych. Nie łudźmy się, że takich się nie przewozi. NIK odpowiedziała, że może w tym roku zrobi takie badania, ale musi się do nich przygotować.

W związku z tym, pojawia się bardzo dużo problemów, które wynikają po prostu z niefrasobliwego postępowania ministra zdrowia – jak mi się wydaje – dotyczącego, po pierwsze, likwidacji laboratoriów. Poza tym, potraktowania laboratoriów diagnostycznych w medycynie nie jako ważnej części ochrony zdrowia zarówno w profilaktyce, jak i leczeniu, ale jako zwykłej działalności gospodarczej, którą może prowadzić kto chce. I zdaje się, że laboratoria analityczne, panie przewodniczący... Nie chciałam panu przeszkadzać. Wiem, że pan na pewno w bardzo ważnej sprawie rozmawia.... Laboratoria analityczne zostały chyba ostatnią instytucją spełniającą niezwykle ważne funkcje publiczne, nie tylko w ochronie zdrowia, ale i w nadzorowaniu stanu sanitarnego kraju, co jest zwykłą działalnością gospodarczą. Udało się powoli wycofać z domów pomocy społecznej, z opieki nad dziećmi tę radosną działalność wojewodów w rejestrowaniu działalności gospodarczej, a w tym przypadku to po prostu jest. Stwierdziłam ze zdziwieniem, że nawet ja mogę otworzyć laboratorium i ciągnąć z tego bardzo poważne zyski. Kupię sobie taką maszynę, zatrudnię dziewczynkę, która będzie tę maszynę obsługiwać, wynajmę jakąś panią, która będzie mieć pieczątkę specjalisty i będziemy dostarczać wydruki z maszyny. Tak to mniej więcej wygląda.

Dzisiaj w Warszawie najcenniejszą informacją jest to, gdzie zrobić badania, żeby wyniki były wiarygodne, bo już niewiarygodne są badania, panie profesorze, przeprowadzane w Centralnym Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha w Warszawie. Muszę powiedzieć, że to jest rzecz niezwykle trudna. Nie powiem państwu, z których laboratoriów sama korzystam, bo nie chcę, żeby tam ustawiały się długie kolejki, które i tak są długie, ale jeszcze mniej więcej dwa takie laboratoria w Warszawie są. Jednak na aglomerację 3-milionową to trochę za mało.

Ja oczywiście podzielam wszystkie uwagi i zastrzeżenia, jakie przedstawili tutaj pan profesor i pani prezes. Chciałabym wobec tego zapytać pana ministra, co pan na to. Jak daleko można się posunąć? Czy może jeszcze być gorzej w tym zakresie? Bo przecież

nie jest tak, że to nic nie kosztuje. Mam prawie roczne, najtragiczniejsze doświadczenia z powodu niezrobienia prostych badań za 5 zł w 2005 r., więc od tego czasu interesuję się tym, jak ten system funkcjonuje w Warszawie. A funkcjonuje jak najgorzej.

Panie profesorze, na Podkarpaciu funkcjonuje jeszcze gorzej, bo tam już wszystko jest sprywatyzowane, i w związku z tym znajdzie pan wszystkie choroby u dzieci i dorosłych, bo ci ludzie, a szczególnie biedniejsi – a tam biednych nie brakuje – nie są ważną częścią tego społeczeństwa. A to, że oni chorują na choroby zakaźne i to, że jeżdżą autobusami i są w sklepie, w każdym miejscu, to przecież nas nic nie kosztuje. Prawda? Panie ministrze, co pan na to. Chcę usłyszeć dzisiaj pana odpowiedzi.

Oczywiście popieram wniosek pani poseł Muchy o wystąpienie z dezyderatem – zgłaszam się do pana przewodniczącego – i wniosek pana przewodniczącego, żebyśmy wystąpili z dezyderatem, ponieważ czegoś takiego nie możemy tolerować. Musimy także wystąpić do... Rozumiem, że ciągle nie ma głównego inspektora sanitarnego. Czy tak, panie ministrze? Czy ciągle jest p.o., czy już jest...? Nie. To musimy wystąpić do Najwyższej Izby Kontroli o kontrolę, żeby to sprawdzić, dlatego, że dzisiaj laboratoria, szczególnie sieciowe, prowadzone wyłącznie dla zysku, stają się poważnym zagrożeniem epidemiologicznym w Polsce. Z tego także trzeba sobie zdawać sprawę.

Udało się, na szczęście, dzięki staraniom pani prezes – już kończę – odstąpić od tego szalonego pomysłu, żeby kształcić na podzielonych studiach i kształci się, i będzie kształcić, na jednolitych studiach magisterskich, ale to wszystko za mało. Stan diagnostyki laboratoryjnej osiągnął już taki poziom, takie dno, że nie wiem, jak się z niego wydobyć. I naprawdę bardzo dziękuję, że dzisiaj odbywa się to nasze posiedzenie. Myślę, że będzie ono ważnym krokiem do tego, żeby powoli od tego dna zacząć się odbijać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo pani poseł i jednocześnie przepraszam za chwilowe zamieszanie, ale to właśnie było związane z tą tematyką i dyskusją, jaką prowadzimy. Bardzo proszę, pani poseł Okrągły.

Poseł Janina Okrągły (PO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Bardzo się cieszę, że jest to spotkanie. Ja jestem lekarzem, przez wiele lat pracowałam w opiece podstawowej i muszę powiedzieć, że chyba wszyscy jesteśmy nieprzygotowani do wspólnej pracy, bo leczenie pacjenta,...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie poseł, proszę bliżej mikrofonu...

Poseł Janina Okrągły (PO):

Podejmowanie decyzji powinno być właściwie wspólnym procesem, w którym uczestniczy lekarz jako osoba wiodąca, również pielęgniarka, która jest członkiem tego zespołu, a także diagnosta, zarówno laboratoryjny, jak i diagnosta, który wykonuje badania obrazowe. Z mojej praktyki wiem, że jeżeli diagnosta jest dobrze zorientowany, uzyska ode mnie dobre informacje i mam z nim kontakt, to rzeczywiście inaczej się diagnozuje, a potem inaczej się leczy. Miałabym więc pytanie ogólne do pana ministra. Czy w kształceniu nie powinno być nakierowania na to, żeby kształcić przyszłych lekarzy w takim działaniu zespołowym? A odnośnie do kształcenia lekarzy rodzinnych, powinno to być powiązane nawet z pracownikami pomocy społecznej. To się wiąże. To jest jednak praca zespołowa, i zespołowe postępowanie.

Natomiast, to wszystko mnie bardzo przeraziło. Muszę powiedzieć, szczególnie panu profesorowi i pani, że jednak lekarz rodzinny patrzy na laboratoria, z którymi kontraktuje. Dlaczego? Dlatego, że, po pierwsze, za złe wyniki, które uzyskuje, on też odpowiada i może nawet być – już nie mówiąc o etyce – roszczenie pacjenta w stosunku do niego, że podjął złe decyzje. Chciałabym jednak zadać pytanie i panu ministrowi, i... – nie widzę tutaj przedstawiciela NFZ – bo przy kontraktowaniu świadczeń lekarza opieki podstawowej jest wymagane przedstawienie NFZ-owi również podwykonawców, w tym laboratorium. Z mojego doświadczenia wiem, że te laboratoria muszą nam przedstawić odpowiednie certyfikaty, nie wiem, jakie... Nie wiem, czy są one uznane przez Krajową

Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, ale muszą być ważne, bo inaczej Fundusz z nami nie podpisze umowy. To jedna rzecz.

Bardzo mnie zaniepokoiło również to, że w przypadku badań profilaktycznych wykonywanych w kierunku wykrywania raka szyjki macicy jest duży procent badań wykonywanych przez nieuprawnione czy nieodpowiednie laboratoria. Wiem, że zaprzyjaźnione ośrodki wykonujące... Nie mówię o diagnostach, tylko o lekarzach, którzy pracują w tym systemie – nie mogli zakontraktować z każdym laboratorium, bo były określone wymagania. Chciałabym więc się dowiedzieć, jakie to były wymagania, bo tego nie można podpisać z każdym laboratorium.

I następna rzecz. Państwo przedstawiają tutaj pewne dane. Chciałabym, żeby te dane były wiarygodne. Te dane dotyczą podstawowej opieki zdrowotnej. Państwo napisali 3-5%. Przepraszam bardzo, ale na finansowanie opieki, którą tu państwo przedstawili, składa się: kontrakt lekarza POZ, i to on zleca te badania, transport sanitarny, również kontrakt dla pielęgniarki środowiskowej, która nie zleca badań, a jeśli zleca badania, to w ramach stawki lekarza, a także położna i opieka nocna – jest to dość duża część. Ja pracowałam w przychodni, gdzie było 17 tys. zarejestrowanych podopiecznych. Tam w badaniach wychodziło nam, że wydajemy na badania diagnostyczne ponad 20%. Wahało się to między 22% a 25%. NFZ, który robił badania na terenie województwa opolskiego, stwierdził, że lekarz opieki podstawowej wydaje średnio na badania – mówię o swojej stawce – powyżej 20%. I dlatego, a nie z powodu strajku – to było przed kilku laty – nastąpiło odejście od 14%, bo większość – nie mówię o wszystkich... Średnia przekraczała te 14%. Mówię o wszystkich badaniach diagnostycznych – laboratoryjnych i obrazowych. Chciałabym więc, żeby nie było mówione, że lekarz opieki podstawowej wydaje 5% w całym kontrakcie na opiekę podstawową, na którą składa się mnóstwo różnych rzeczy. Jednak, jak najbardziej uważam, że ta współpraca musi być bardzo dobra.

Jeszcze jedno zdanie. Czasami kontrolowałam laboratorium i wysyłałam próbkę pod różnymi nazwiskami sprawdzając to. Zależało mi na tym – szczególnie, gdy dochodziły do mnie jakieś informacje od pacjentów – żeby to sprawdzić.

Jest jeszcze inna kwestia, jeśli chodzi o tę współpracę – pobranie. To, kiedy jest pobranie – czy ten pacjent jest po jedzeniu, przed jedzeniem, w różnych stanach. To też wpływa na wyniki. I po to jest ta współpraca, żebyśmy przede wszystkim zmienili się mentalnie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Pan przewodniczący Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, z całym szacunkiem do pana profesjonalizmu i do pana osoby, pozwolę sobie na pana ręce złożyć krytykę, ale proszę nie odbierać tego jako przesłania politycznego. Mogę jednak powiedzieć do koalicji rządzącej Platformy Obywatelskiej i PSL „sam tego chciałeś Grzegorzu Dyndało". Musimy poznać przyczynę, dlaczego tak się dzieje.

Ja jestem zdziwiony, że niektórzy z was są zdziwieni albo przerażeni. Dlaczego jesteście przerażeni, skoro tego chcieliście? Misję każdej placówki służby zdrowia, szpitala, zastąpiliście zyskownością. Chcieliście, żeby pieniądz rządził w medycynie. Ustawa o... 15 kwietnia 2011 r. ja nie głosowałem za ustawą o działalności leczniczej. Nie ma służby zdrowia. Jest działalność lecznicza. To są przedsiębiorstwa. To będą przedsiębiorstwa wcześniej czy później.

Proszę państwa, gdzie jest misja. Zawsze była misja, a więc świadczenie usług medycznych na najwyższym poziomie wiedzy, jakości i wiarygodności, w przyjaznych warunkach dla pacjenta i pracowników. Przecież to zostało zastąpione zyskownością. Dlaczego dziwicie się, że zysk jest wszędzie?..

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo państwa proszę, nie dyskutujcie na stronie. Każdy będzie mieć prawo do tego się odnieść...

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Musi być jakaś przyczyna tego. A teraz dziwimy się, że laboratoria garażowe dają wyniki.

Pracuję w poradni specjalistycznej i przez długi czas pracowałem w szpitalu. Najczęściej było tak, i teraz jest tak, że kiedy przychodzą aktualne wyniki z rejonu, to my i tak je powtarzamy, bo nie mają wiarygodności, straciliśmy do tego zaufanie. Do badania morfologii za 80 gr. czy osadu moczu za 50 gr. – to zupełnie kosmiczne ceny – w ogóle straciliśmy zaufanie. W medycynie już nie ma szlachetności, humanizmu, tylko jest bezrefleksyjny zysk. Praktycznie doprowadziliście do tego. Nie dziwcie się więc, że dochodzi do takich wynaturzeń, patologii.

Jest outsourcing – najpierw damy na zewnątrz sprzątanie, potem catering, potem laboratorium. Całe szczęście, w naszym mieście – jesteśmy tu z panem posłem – nie pozwoliliśmy nawet pomyśleć o outsourcingu diagnostyki laboratoryjnej, bo wiemy, że jest to istotą – 60% – że to jest wartość w procesie terapeutyczno-diagnostycznym. Wiemy, że czasami to jest clou rozpoznania. Czekamy na wynik i jeśli jest on wiarygodny – wierzymy w to – jest to dla nas bardzo istotna sprawa. Już nie mówię o badaniach mikrobiologicznych, w których jest antybiogram, identyfikacja bakterii, itd. To jest bardzo ważne. Jeśli tracimy zaufanie, to jest to konsekwencja czegoś. Czego? Dążyliśmy do tego. Nie ma służby zdrowia – są przedsiębiorstwa. Nie ma lekarza – jest świadczeniodawca. Pacjent – świadczeniobiorca. Są procedury. Przecież procedura jest najważniejsza. W poradni specjalistycznej patrzę na procedurę – ile mam zlecić badań i ile punktów będę mieć. To znaczy, nie ja, tylko poradnia. Proszę państwa, dochodzimy do ściany. Albo idziemy dalej i coś robimy, albo zmieniamy całe oblicze medycyny i ochrony zdrowia. Wracamy do służby zdrowia – wróćmy do etosu służby zdrowia.

Co teraz możemy zrobić, proszę państwa? Możemy postąpić w ten sposób, że zwiększymy jakość i kontrolę. Czy będzie kontrola nad kontrolą? To jest właśnie wynik bezrefleksyjnego, bezceremonialnego włączenia pieniądza w wartość medycyny.

Proszę państwa, rzeczywiście to, o czym tutaj dyskutujemy, jest przerażające. Wiem o tym, że teraz niejednokrotnie jest tak, że jest 10%, jak państwo powiedzieli, ale czasem jest o wiele więcej. To jest istotne, że mamy fałszywie dodatni lub fałszywie ujemny wynik. To jest dramat współczesnej medycyny – już nie służby zdrowia, tylko działalności leczniczej. Potrzebna jest refleksja. I apeluję o to. Nie odbierajcie tego jako prowokacji, itd. Trzeba się zastanowić. Jesteśmy przecież poważnymi ludźmi i powinniśmy być odpowiedzialni. Powinniśmy brać odpowiedzialność za swoje postępowanie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Gos, bardzo proszę.

Poseł Marek Gos (PO):

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, panie ministrze, ja bardzo krótko chcę zapytać, czy mamy jakiś pomysł na zniesienie dysproporcji regionalnych w wydatkach na badania laboratoryjne, bo kiedy ten materiał analizujemy, to rzeczywiście widać bardzo duże różnice w wydatkach na badania analityczne zlecane przez lekarza pierwszego kontaktu. Wiem, że tych prób było kilka. One, niestety, skończyły się fiaskiem, ale myślę, że jest to bardzo ważna kwestia, żeby spróbować określić minimalny poziom. I o to chcę zapytać.

Pani prezes przedstawiła wiele problemów, ale przedstawiła też rekomendacje, które – jak się wydaje – powinniśmy wziąć pod uwagę i przede wszystkim wysłuchać pana ministra, jak on ocenia możliwości realizacji tych oczekiwań środowiska, żeby powoli prowadzić do pozytywnych zmian w tym obszarze. Nie będę powtarzać innych pytań, bo one już tu padły. Z uwagą będę czekać na odpowiedzi pana ministra. Prosiłbym, żeby był uprzejmy odnieść się do tych zasadniczych problemów i rekomendacji, które zostały przestawione.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pani poseł Okrągły prosi ponownie o głos. Tylko prosiłbym krótko i nie personalnie, od razu uprzedzam...

Poseł Janina Okrągły (PO):

Właśnie, chciałabym się odnieść...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Do sprawy, a nie do człowieka...

Poseł Janina Okrągły (PO):

...ad vocem. Chciałabym powiedzieć coś takiego. Nie mówmy już o służbie zdrowia. Pracujemy w ochronie zdrowia. Jesteśmy pracownikami ochrony zdrowia. Mamy nie być służącymi, tylko wykonywać ten zawód jak najlepiej. Niestety, wszystko kosztuje. Laboratoria też. Musi więc to być finansowane. Odejdźmy już od służby.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Słuchając wypowiedzi wszystkich państwa jestem troszkę przerażona tą sytuacją, którą państwo przedstawiają, że nasza diagnostyka tak bardzo źle wygląda. Mam pytanie do pana ministra, czy mamy wiedzę, jaki jest rozkład laboratoriów zajmujących się diagnostyką medyczną w Polsce, jakie są największe firmy sieciowe w Polsce i jak one opanowały rynek? Czy jest nad tym jakaś kontrola? Ile jest małych laboratoriów, jakie są największe laboratoria sieciowe i jak jest podzielony rynek w Polsce? To pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Ile w ubiegłym roku było przeprowadzonych kontroli w największych firmach sieciowych i jakie są ich efekty?

I może jeszcze jedno pytanie. Jakie zasady i kryteria musi określić szpital, jeżeli wybiera firmę, która będzie wykonywać diagnostykę laboratoryjną? Czy są sztywne kryteria, które muszą być spełnione? Kto to sprawdza i kontroluje? Czy jest tu pewna dowolność? Dlaczego o to pytam? Dlatego, że zaniepokoiła mnie cena dumpingowa. Czy rzeczywiście jedynym kryterium jest cena? Czy są inne kryteria, które mówią o rzetelności, jakości, wyposażeniu, sprzęcie i wymogach technicznych, jakie musi spełnić laboratorium, żeby mogło wykonywać badania dla szpitali, klinik i POZ? Jak to zostało określone, jak to wygląda i w jaki sposób to się sprawdza? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos? W takim razie, zaraz oddam głos gościom. Ja zakończę rundę pytań poselskich.

Szanowni państwo, po pierwsze, wydaje się – poproszę panie z sekretariatu Komisji o zanotowanie – że w pełnej zgodzie mamy już pierwszy temat kontroli Najwyższej Izby Kontroli, a tematy kontroli proponujemy zawsze około połowy roku. Otóż, jest potrzeba skontrolowania wszystkich laboratoriów. Myślę przede wszystkim o tych, które przewijały się w tu w wielu wypowiedziach. Oczywiście, wszystkie będą skontrolowane, ale głównie chodzi o wyłapanie przypadków patologicznych, o których tutaj do tej pory mówiono. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Chciałbym wszystkich państwa posłów prosić o to, by osoby, które nie otrzymały odpowiedzi na pytania... Przypominam, że na ostatnich kilku posiedzeniach Komisji prosiliśmy o odpowiedzi na piśmie. Powiem więcej, pan minister Arłukowicz deklarował, ale być może nie tylko on – mówię z pamięci – że chce odpowiedzieć na piśmie, a nie w innej formie. Zatem, bardzo bym prosił o zgłoszenie do sekretariatu Komisji wszystkich przypadków, kiedy państwo tych odpowiedzi nie otrzymali.

Panie ministrze, ja pana bardzo proszę o zainteresowanie tą sprawą, przekazanie tego w resorcie i nadrobienie tych zaległości do końca tygodnia. Jeżeli państwo z jakichś względów nie będą mogli tego terminu dotrzymać, to proszę o jasną deklarację, dlaczego i w jakim terminie z tego obowiązku się wywiążecie. Jeżeli nie będzie reakcji ze strony państwa, to zapowiadam – myślę, że koleżanki i koledzy z Komisji będą podobnego zdania – wystąpię w imieniu Komisji do marszałka Sejmu, aby dyscyplinował państwa. Nie może być tak, że państwo jedno deklarują, trafia to do protokołu, a później nic się nie dzieje. Jest to co najmniej niepoważne i nieodpowiedzialne.

A teraz, wracając do kwestii związanych z dzisiejszą dyskusją i pytaniami, ja wszystkim państwu dziękuję za niezwykle merytoryczne wypowiedzi, zaczynając od osób, które na początku wprowadziły nas do dyskusji, a kończąc na osobach, które pytania zadawały. To pokazuje jedno – niestety, w jakimś sensie jest to smutna konstatacja, panie ministrze – że ponieważ ustaw nie ma zbyt wiele, co posiedzenie Sejmu mamy jakiś temat merytoryczny, w zasadzie za każdym razem odsłaniamy ogromne pokłady bałaganu i złego funkcjonowania systemu. Mimo że czasami pewne elementy, pewne kroki wykonaliśmy we właściwym kierunku, to później brakuje uporządkowania tego i, niestety, niewiele dalej się z tym dzieje.

Ja wiem, że tych tematów jest dużo i państwo pewnie musieliby mieć trzy ministerstwa i trzy razy tyle osób, żeby to móc wykonać, i oczywiście większy budżet – a cała ochrona zdrowia przede wszystkim – ale zacznijmy jednak coś z tym robić krok po kroku, choćby od pojedynczych elementów. Diagnostyka laboratoryjna niewątpliwie jest takim elementem. Rzeczywiście, panie ministrze – ja to potwierdzam – jest traktowana jako zło konieczne, jako coś, w przypadku czego najlepiej myśleć, jak ciąć koszty.

Rzadko korzystam z ochrony zdrowia, ale mogę powiedzieć, że kiedy korzystałem, to zdarzały się błędy, jeżeli chodzi o wyniki badania laboratoryjnego, a w latach 90., czy w PRL się nie zdarzały. Teraz niestety to się zdarza, że musiałem powtórzyć badanie, bo okazało się, że nie jest tak – jeśli chodzi o trójglicerydy czy cukier – jak wyszło z badania. Mamy więc do czynienia z problemem, panie ministrze. W pełni zgadzam się z tym, co powiedziała pan poseł Mucha, że to jest nie „tylko”, ale też w jakimś sensie „aż”, panie profesorze, bo to wpływa na całe dalsze postępowanie.

Panie ministrze, może jednak warto pomyśleć o tym – witam serdecznie lekarzy rodzinnych – żeby zamiast przepychać się z lekarzami rodzinnymi, czy mają to mieć jako koszt własny i oszczędzać albo nie oszczędzać – to pewnie jest bardzo indywidualne – może kontraktować to osobno, tak jak jest w innych krajach. Nie będzie wtedy sporu, dyskusji, zagrożeń takim czy innym protestem, że coś próbuje się dołożyć lekarzom rodzinnym albo przeciwnie, wydzielić z ich stawki kapitacyjnej jakąś pulę pieniędzy. Po prostu, będzie to kontraktowane osobno. Są na to przykłady, choćby przywołane tu Czechy. To kolejna sprawa.

Chyba 9 lat temu wykonaliśmy pierwszy krok w ramach nowej rzeczywistości, którą mamy po reformie ochrony zdrowia z roku 98. Jest powołany zawód diagnosty laboratoryjnego, ustawowo umocowany, z Krajową Radą, i w jakimś sensie jesteśmy zadowoleni, że coś uporządkowaliśmy, jakby się wydawało. A widać, że zrobiliśmy tylko pierwszy krok. Dalej samego systemu i kwestii laboratoriów nie porządkujemy i w zasadzie nie ma kto tego zrobić, bo konsultant krajowy nie ma odpowiednich narzędzi ani Rada nie ma odpowiednich narzędzi. W najlepszym razie konsultant czy Rada mogą obserwować pewne zjawiska, natomiast, niewiele z tego dalej wynika. Coś musimy zrobić...

Oczywiście, będzie wspomniana kontrola NIK, która to pewnie jeszcze bardziej odsłoni, ale my musimy coś z tym zrobić, bo rzeczywiście tak jest, panie ministrze – przywołam wypowiedź pani poseł Hrynkiewicz – że ktoś kupi sobie jakiś sprzęt, jakiś „kombajn”, weźmie kogoś, kto to będzie „pieczątkować”, i temat załatwiony – niestety, tak nie jest. Co więcej, to zaczyna wkraczać na coraz bardziej niebezpieczne obszary. Chociażby wspomniane przymiarki, chyba jeszcze niezrealizowane, które w dalszym ciągu są, na przykład do badań genetycznych,. To dobry przykład tego, co nas czeka a najbliższym czasie, bo pojawią się jeszcze dużo większe zagrożenia wynikające z ochrony danych i tego, co z tego badania będzie wynikać dla firm ubezpieczeniowych, czy dla kogokolwiek innego. Zatem, rzeczywiście coś z tą kompetencją i bezpieczeństwem trzeba zrobić.

I wreszcie, jest to kwestia wspomnianych kosztów. Z jednej strony one muszą być urealnione, bo jeżeli nie będą, to nie możemy oczekiwać w pełni profesjonalnych laboratoriów, które te badania będą wykonywać, albo nie możemy oczekiwać tych absurdalnych oszczędności, ale też odpowiedniej ilości wykonywanych badań. Myślę o badaniach najdroższych, ale mamy też przypadki badań stosunkowo tanich. Już wspomniałem o wydzieleniu tej puli badań. Pozostaje jednak kwestia szpitali, czy SOR-ów w ramach szpitali. Myślę, panie ministrze, że tu też jest coś, co wymagałoby innego niż do tej pory

podejścia Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie wiem, kto jest dzisiaj z NFZ, ale warto byłoby poprosić NFZ o opinię, dlatego, że per saldo to będzie w ich interesie, bo wyższe wydatki tutaj spowodują oszczędności gdzieś indziej i tak naprawdę mniejsze koszty leczenia, że nie wspomnę o kosztach społecznych.

I na koniec, dyskusja, może trochę niepotrzebna. Ja jednak uważam, że określenie „służba zdrowia" ma pewien ładunek emocjonalny inny niż „ochrona zdrowia". Wszyscy pamiętajmy o tym, że jest to swego rodzaju misja i powołanie. Zbyt często, zwłaszcza osoby, które są lekarzami, a obecne na tej sali, wiedzą od naszych wspólnych kolegów, jak często rozmawia się czy z dyrektorem, czy z ordynatorem, czy po dyżurze, czy w innych okolicznościach nie tylko o tym, czy ktoś podejmował dobre decyzje medyczne, ale też o tym, w jaki sposób tymi skromnymi środkami dysponował, czy nie był zbyt rozrzutny i nie zlecał niepotrzebnie takich czy innych badań. Popadamy w pewien absurd, związany oczywiście ze skromnością środków, ale też ze zmianą filozofii, nad czym, niestety, ubolewam.

Bardzo dziękuję. A teraz proszę o zabranie głosu... Jeszcze pan przewodniczący Orzechowski. Proszę uprzejmie.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, chciałbym poruszyć dwie kwestie, które być może już były poruszone – nie byłem na całym posiedzeniu Komisji – ale warte są zauważenia. Pierwszą kwestią jest to, o czym pani prezes mówiła wcześniej – wiarygodność badań, co przekłada się w pewien sposób na jeszcze jedną rzecz. Otóż, jeśli badania są wiarygodne, czyli, jeśli jesteśmy przekonani o tym, że wykonują je podmioty, jednostki, które dochowują należytej staranności, z jednej strony są audytowane, a z drugiej strony przestrzegają wszystkich procedur, to dla systemu ochrony zdrowia oznacza to olbrzymie oszczędności. Bo jedną z bolączek systemu ochrony zdrowia w Polsce – zresztą nie tylko w Polsce, ale w Polsce szczególnie – jest coś takiego, co fachowo nazywa się redundancją danych. Pacjent, na przykład, w podstawowej opiece zdrowotnej, ma wykonywane badania, potem przychodzi do szpitala i po raz kolejny ma wykonywane te badania, po czym jest konsultowany przez ośrodek referencyjny i po raz trzeci ma wykonywane badania, dlatego, że każda z tych placówek twierdzi, że wyłącznie badania wykonane w tej placówce, a nie innej, są wiarygodne. Nie mamy żadnej możliwości oceny tego, że na każdym etapie ten pacjent miał albo powinien mieć wykonane badania w placówce lub laboratorium, które jest wiarygodne na każdym poziomie, w POZ, pierwszym, drugim czy trzecim poziomie referencyjnym. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz jest pewnie tematem do poruszenia i do debaty, bo niedawno rozmawialiśmy na temat podstawowej opieki zdrowotnej, o kwestii, o której również mówiła pani prezes, a także mówił pan profesor, konsultant krajowy – o pewnej alokacji środków, które są przeznaczone na badania, i są ufiksowane u lekarza w POZ, czy w specjalistycznej opiece zdrowotnej, czy są przynależne pewnym procedurom czy jednostkom, które są rozliczane jako JGP, które należy albo powinno się wykonać. Wtedy nie byłoby tego problemu, że każde dodatkowe badanie oznacza uszczuplenie wpływów, bo pula środków przeznaczonych na badania byłaby określona. W takim wypadku to ona byłaby naruszana, a nie przechodziła potem jako część środków do wykorzystania przez lekarza POZ, czy lekarza specjalistę, czy w inny sposób w ośrodku. I to były moje dwie uwagi.

Rzeczywiście, powtarzalność badań i to, że pacjent ma słaby dostęp do czegoś takiego, jak, na przykład, odbiór wyników... Ja wielokrotnie spotykam się z tym, że pacjenci wykonują badania w laboratoriach sieciowych, po czym nie ma możliwości odtworzenia tych wyników. Pomimo iż powinny być gdzieś przechowywane, nie są. Czyli, pacjent po miesiącu, dwóch, trzech, nie jest w stanie dotrzeć do wyniku badania, które było robione. Pacjenci, których prowadzę, proszą mnie o skany badań, które były robione przed miesiącem, dwoma, trzema, bo w laboratoriach sieciowych nie są w stanie ich zidentyfikować i odtworzyć. To kolejna uwaga, bo trudno, żeby te badania przestawały istnieć. One powinny być udokumentowane i powinien być do nich stały dostęp, bo na tym polega śledzenie procesu chorobowego czy diagnostycznego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Widziałem kolejne zgłoszenia ze strony zaproszonych gości. Kto z państwa? Proszę jeszcze raz podnieść rękę. Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora w Centralnym Ośrodku Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi Barbara Przybył-Hac:

Proszę państwa, instytucja, w której pracuję...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo bym prosił o przedstawienie się do protokołu.

Zastępca dyrektora COBJwDL Barbara Przybył-Hac:

Nazywam się Barbara Przybył-Hac. Jestem zastępcą dyrektora w Centralnym Ośrodku Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej. Kierownikiem i osobą, która przyczyniła się do powstania tego ośrodka jest pan prof. Andrzej Brzeziński. Dzisiaj, niestety, z powodu choroby, wydelegował mnie na spotkanie z państwem.

Proszę państwa, Centralny Ośrodek powstał w 97 r. i w tym samym składzie pracuje do dzisiaj. Mamy 8 etatów, mamy budżet, który nie zmienia się od wielu lat. Prowadzimy współpracę w zakresie sprawdzianów międzylaboratoryjnych z laboratoriami z całej Polski, a więc laboratoriami zarówno publicznej, jak i niepublicznej służby zdrowia. Współpracujemy w tej chwili – to są dane za ubiegły rok – z 1658 laboratoriami. Oczywiście, te dane w każdym dniu się zmieniają, bo cały czas dostajemy informacje, że laboratoria się zamykają, ewentualnie powstają nowe. One nagminnie przechodzą z rąk do rąk, do innych właścicieli. Trudno za tym nadążyć, ale staramy się. Wśród tych ośmiu pracowników jest zatrudnionych dwóch informatyków. Oni, plus sprawny sekretariat, pozwalają nam na ogarnięcie tych wszystkich informacji, które w Centralnym Ośrodku są gromadzone, a wyniki, które przysyłane są z laboratoriów, są oceniane.

Proszę państwa, w ciągu roku realizujemy 28 sprawdzianów. To są sprawdziany z zakresu biochemii klinicznej, hematologii, koagulologii i immunochemii. Nasze działanie polega na tym, że wysyłamy do laboratoriów materiały kontrolne, laboratoria wykonują oznaczenia, a my te wyniki oceniamy. Charakter naszych sprawdzianów jest informacyjno-szkoleniowy. Co to oznacza? To, że każde laboratorium, które otrzymuje ocenę swoich wyników, samo ma się do nich ustosunkować. Jeżeli wyniki są pozytywne, to mogę tylko powiedzieć, żeby tak trzymać. Oczywiście, wyniki są oceniane względem przyjętych i dopuszczalnych granic błędów, tak więc wszystkie wyniki, które wykraczają poza te granice, uznawane są za negatywne i niepokojące. Tego rodzaju wnioski ze swoich ocen laboratoria wyciągają same. My w Centralnym Ośrodku nie mamy żadnych narzędzi, czyli nie ma żadnych możliwości, aby za wyniki niepoprawne laboratoria w jakiś sposób karać. Na dzisiaj nie ma skutków administracyjnych. Działania naprawcze przeprowadzają same laboratoria. Z naszych obserwacji wynika, że świadome laboratoria, gdzie dobrze działa system jakości, potrafią wyciągać wnioski i poprawiają się.

Jest jeszcze jedna rzecz. Jak w Centralnym Ośrodku można powiedzieć o jakości wyników w laboratoriach, jeżeli my przeprowadzamy ocenę, na przykład, w sprawdzianach immunochemicznych, na podstawie czterech wyników w roku? Sprawdziany są tylko dwa. Dwa sprawdziany z dwoma materiałami kontrolnymi raz na półrocze, zatem mamy do oceny cztery wyniki. Czy jest to wystarczająca ilość ocen, żeby można powiedzieć, że laboratorium systematycznie pracuje prawidłowo w ciągu całego roku? Nie. Jeżeli są cztery sprawdziany z zakresu chemii klinicznej w ciągu roku, a wtedy mamy osiem wyników na cały rok do oceny laboratorium, czy to jest dużo? Nie. Jednak budżet, jaki dostajemy – a pracujemy opierając się na materiałach kontrolnych, które musimy kupić w drodze postępowania konkursowego – jest niezmienny od wielu lat, a jak państwo wiedzą, ceny nie stoją w miejscu.

Coraz więcej laboratoriów przyłącza się do programów, a my z racji tego, że jesteśmy jednostką budżetową, musimy ten materiał zagwarantować. Staramy się to robić, a w związku z tym, ocena wyników jest nie względem wartości wyznaczonych metodami decyzyjnymi czy referencyjnymi – co jest idealną sprawą, i tak jest praktykowane na świecie. Ja oceniam wyniki względem średnich uczestników, proszę państwa. W związku z tym, mogę – co jest dobrodziejstwem tych systemów informacyjno-szkole-

niowych – dowolnie podwyższać poprzeczkę dla laboratoriów. Czyli, jeżeli w programach licencyjnych, gdzie wykonywane są oznaczenia po to, żeby uzyskać pozwolenie na wykonanie konkretnego badania w laboratorium... Bo jeżeli laboratorium nie ma pozwolenia na wykonanie tego badania, to ubezpieczyciel nie płaci za te badania, jest to więc działanie na niekorzyść laboratoriów. W związku z tym, wiadomo, że laboratorium ma motyw, żeby mieć wyniki jak najlepsze, żeby uzyskiwać licencje, bo ma za to pieniądze. U nas w kraju takiej sytuacji nie ma. I to jest podstawowa rzecz. Z jednej strony są podnoszone głosy w środowisku, że są laboratoria złe, ze złymi wynikami – państwo dzisiaj też o tym wielokrotnie mówili, i to jest bardzo ważna sprawa – ale nie jest tak do końca, że brak jakości.

Proszę państwa, to jest bolączka całego świata, wszystkich tych, którzy zajmują się diagnostyką laboratoryjną. Chodzi o to, że jest dążenie do tego, aby wyniki były porównywalne w czasie i przestrzeni. Co to znaczy? To znaczy, żeby obojętnie gdzie pacjent wykona badanie, badanie to konkludowało do tego samego postępowania lekarskiego. To jest dążenie. Jednak, proszę państwa, mnóstwo mądrych ludzi nad tym pracuje, ponieważ nie ma w tej chwili całkowitej standaryzacji badań laboratoryjnych. W związku z tym, na różnych przyrządach, różnymi metodami uzyskujemy wyniki różniące się od siebie. Ktoś powiedział, że byłoby bardzo fajnie i doszlibyśmy do celu, gdybyśmy stosowali we wszystkich laboratoriach wspólne kalibratory, gdyby nasze urządzenia pracowały na tych samych kalibratorach. Wtedy byłaby szansa na to, żeby te wyniki były między sobą porównywalne. Tak więc, proszę państwa, wielcy diagności tego świata nad tym myślą. Sprawy standaryzacji metod są w toku. Sprawa harmonizacji też, więc niech nie dziwą się państwo, że jeżeli macie wyniki z różnych laboratoriów, to nie są to te same liczby. One muszą się różnić choćby z tego tytułu, że nie ma standaryzacji. Ta sprawa jeszcze nie jest załatwiona, ale prace nad tym trwają i naprawdę mocno posuwają się do przodu. I dlatego w momencie, gdy oceniamy wyniki w naszych sprawdzianach względem średnich uczestników, to ważne jest, że porównujemy do porównywalnych grup, czyli do tej samej metody, do tego samego aparatu, i na tej podstawie możemy te oceny budować. To jest bardzo dobre. I dlatego... Słucham?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Za momencik będziemy dopytywać. Proszę zmierzać do puenty. Bardzo bym prosił...

Zastępca dyrektora COBJwDL Barbara Przybył-Hac:

Dlatego powiedziałam, że to, że sprawdziany wykonywane są za rzadko, to jest mobilizacja laboratorium dwa razy do roku, żeby wyniki odesłać i wtedy je ocenić. To jest pierwsza rzecz.

Proszę państwa, odnośnie do tych prawie 1700 laboratoriów, 60% z nich to są laboratoria niepublicznej służby zdrowia. To są laboratoria prywatne, które u nas w Ośrodku są pogrupowane w czterech kategoriach. Zatrudniają one od jednego do trzech pracowników – na te 1600 laboratoriów jest ich prawie 400. To są małe jednostki, źle wyposażone. W związku z tym, uważam, że podstawą każdego laboratorium jest personel, baza, wykształcenie – to są ludzie – a z drugiej strony, jest wyposażenie. Wyposażenie w laboratoriach jest bardzo zróżnicowane, w związku z tym sytuacja jest taka, że nie każdy wynik, który przesłany jest do Ośrodka, ma możliwość oceny, bo ja nie mam do kogo takiego wyniku przyrównać. Dlatego nie wszystkie te oceny są porównywalne.

Chciałabym jeszcze powiedzieć, że nasz 8-osobowy zespół jest bardzo zaangażowany. Pan profesor również w te sprawy jest bardzo zaangażowany. Jeżeli jednak, proszę państwa, nie mamy możliwości uzyskania jakiegokolwiek wsparcia finansowania, którego nie ma od wielu lat, robimy to własnymi siłami. W tej chwili wszystkie wyniki, w większości sprawdzianów – został tylko jeden, który nie jest zinformatyzowany – przesyłane są drogą internetową, mamy więc możliwości szybkiego przekazywania ocen i reakcji laboratoriów. To jest niezmiernie ważne.

To, że jeszcze nie obejmujemy wszystkich parametrów, wszystkich działów, też jest niezmiernie ważne, ale na to brak nam funduszy. Co roku pan profesor w sprawozdaniu, które trafia do ministra, postuluje wiele rzeczy, i właśnie postulował ten program

licencjonowania laboratoriów, żeby te laboratoria, które nie cechują się odpowiednią jakością...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani doktor, o jakie pieniądze państwo występują. Chcielibyśmy wiedzieć, jaka jest skala problemu. Bo to, że państwo występują, to pani mówiła już parokrotnie, ale o jakie środki państwo występują.

Zastępca dyrektora COBJwDL Barbara Przybył-Hac:

To jest kwestia 500 tys. zł, nie więcej, na rok. To naprawdę nie są wielkie pieniądze. My pracujemy w zespole zaledwie siedmiu osób. W kwestii zatrudnienia informatyka pan profesor pisał, żeby zejść z jego pieniędzy i dać te pieniądze informatykowi. Naprawdę to są drobne pieniądze, natomiast praca, która jest wykonywana, to miliony informacji, które są przetwarzane i sprawozdanie jest zdawane do Ministerstwa...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani doktor, ja rozumiem. Najmocniej panią przepraszam, że przerywam. Ogłaszam 5 minut przerwy, ponieważ nie ma sensu, żebyśmy dalej debatowali i mówili do nagrywarki bez ministra. Rozumiem, że z jakichś względów minister musiał wybiec, są czasem różne sytuacje i potrzeby, ale... Ogłaszam 5 minut przerwy, ponieważ nie będziemy dyskutować między sobą.

[Po przerwie]

Panie ministrze, musieliśmy przerwać, ponieważ nie było jednego z głównych adresatów problemów. Bardzo państwa proszę o zajęcie miejsc. Czy pani doktor chciałaby dokończyć? Myślę, że pani dość dogłębnie przedstawiła problem.

Panie ministrze... Czy mogę prosić o zamknięcie drzwi? Szanowni państwo, panie ministrze, okazuje się, że z jednej strony oczekujemy kontroli, a z drugiej strony problem, o który rozbija się to, aby tych kontroli było więcej i dotyczyły one innych działów, jest symboliczny, biorąc pod uwagę kwestię wydatków w ochronie zdrowia. To jest pierwsza z konkluzji, po ostatniej wypowiedzi.

Jednak, przy okazji, mam też pytanie do pani. Na ile to byłoby możliwe, i na ile wymagałoby być może innego zorganizowania, a być może innych pieniędzy? W moim przekonaniu, to nie jest tylko kwestia częstości tych badań, bo sama pani powiedziała o tym, że laboratoria – czemu trudno się dziwić – mobilizują się na czas, kiedy to badanie przeprowadzają, a gdzieś – o czym mówiła pani prezes – myje się sprzęt jednorazowy w zlewie. Z pewnością wtedy, żeby wykonać badanie dla państwa, wszystko jest idealne, piękne i wspaniałe. Czy jest możliwość – może w tym kierunku powinniśmy pójść – żeby te badania były w jakimś sensie anonimowe? Czyli, krótko mówiąc, aby próbka – nie wiem, jak wygląda to, co państwo dają – była dołączona do całej serii badań. Chodzi o to, żeby laboratorium nie znało dnia ani godziny, kiedy jest kontrolowane. Wtedy, nawet jeżeli to będzie dwa razy do roku – oczywiście, lepiej, żeby to było częściej – nie będzie wiadomo, kiedy są kontrolowani. To jest szansa na to, że państwo wyłapią te laboratoria, które nieprawidłowo funkcjonują. Oczywiście mam świadomość tego, że to by wymagało innych środków finansowych niż dotychczas.

Prosiłbym więc bardzo o odniesienie się do tej sprawy, również pana ministra, bo według mnie, chodzi nie tylko o częstość prób, ale właśnie o tę niepewność – jak już powiedziałem – kiedy ta kontrola jest i czy materiał, który jest badany, nie jest badany w ramach kontroli, którą właśnie państwo przeprowadzają. Oczywiście, nie znam strony technicznej, od razu zaznaczam. Panie ministrze, powiem tak – na ile pan widzi możliwość dość pilnego uregulowania wspomnianego nadzoru? Bardzo bym prosił o odpowiedź również na inne pytania.

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Wysoka Komisjo, szanowni państwo, przepraszam za to wyjście, za ten telefon.

Przede wszystkim, dziękuję za cenną i ważną dyskusję. Muszę powiedzieć, że popieram prawie wszystkie postulaty i spostrzeżenia, które tutaj padły. To znaczy, nie ulega mojej wątpliwości to, że stworzona w 2001 r. koncepcja nadzoru nad jakością laborato-

riów w zasadzie, jeśli nie podzielona dychotomicznie, to wręcz rozproszona na więcej instytucji, gdzie z jednej strony...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, panie ministrze, dorzucę jeszcze jedno pytanie, myślę dość istotne, bo to też się przewijało w dyskusji trochę pobocznie. Czy nadal jest tak – rozumiem, że jest to pytanie retoryczne, ale też to sobie jasno powiedzmy – że w ostatecznym rachunku decyduje cena? Jeżeli szpital kontraktuje, to nie różnego rodzaju wiarygodność, certyfikaty potwierdzone choćby tymi kontrolami dwa razy do roku, tylko cena, tak naprawdę, jest decydującym czynnikiem. Gdyby pan był uprzejmy odnieść się również do tego...

Podsekretarz stanu w MZ Igor Radziewicz-Winnicki:

Pewnie jest różnie w różnych szpitalach. Natomiast, nie ulega mojej wątpliwości, że ta koncepcja stworzona w 2001 r., że samorząd zawodowy, niezależnie od ministra zdrowia, jest instytucją badającą jakość i kontrolującą zasady wykonywania zawodu, poprawność działania diagnostów laboratoryjnych oraz kontrola ze strony administracji państwowej w postaci wojewody, który – z drugiej strony – nie jest wyposażony w odpowiednio przygotowany aparat kadrowo-administracyjny do kontroli tak bardzo specyficznej i wysokotechnologicznej dziedziny, jaką jest diagnostyka laboratoryjna, jest nadzorem niewystarczającym. To wszystko nałożyło się na okres kilkunastu lat daleko idącej transformacji, sposobu wykonywania działalności leczniczej – państwo mówili o wejściu ustawy o działalności, o modyfikacji ustawy o świadczeniach – i szeregu innych elementów. Rzeczywiście są nowe zjawiska – mamy outsourcing, mamy konsolidację dużych graczy na tym rynku, wykluczanie mniejszych graczy. To wszystko bez wątpienia, w moim przekonaniu, po tych kilkunastu latach wymaga daleko idącej rewizji.

Zgadzam się w pełni z tymi tezami, że te mechanizmy kontroli, jakimi dzisiaj dysponujemy, są niewydolne i z przykrością stwierdzam, że na zadane pytania, ile laboratoriów było kontrolowanych albo, ile laboratoriów zostało zamkniętych, albo, jakie są sankcje – jakie są sankcje zaraz powiem, bo to wiem – nie potrafię odpowiedzieć. To znaczy, te dane jestem w stanie zebrać od wojewodów z uwagi na fakt, że w odróżnieniu od, na przykład, nadzoru farmaceutycznego czy sanitarnego, o którym tu była mowa, nie ma w Polsce instytucji wyspecjalizowanej do kontroli laboratoriów analitycznych, osobnej, dedykowanej, która miałaby podległość pionową, miałaby funkcjonalność służby i byłaby efektywną jednostką, która by egzekwowała istniejące przepisy prawa.

Zatem, z jednej strony, istnieje zestaw przepisów prawa, między innymi określających kwalifikacje osób zajmujących poszczególne stanowiska w laboratoriach medycznych – to jest rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać medyczne laboratoria diagnostyczne – a z drugiej strony, istnieją mechanizmy rynkowe i jest rozproszenie kontroli pomiędzy wojewodą i ministrem, która akurat w przypadku tej wielkiej liczby laboratoriów zawsze będzie iluzoryczna, bo nie możemy spodziewać się, że Minister Zdrowia jako organ centralnej władzy państwowej będzie w stanie wydolnie sprawować fizycznie realny nadzór nad tymi laboratoriami. Dlatego powstała koncepcja nadzoru profesjonalnego samorządu zawodowego, niezależnego od ministra zdrowia, ale – jak widać – zabrakło w tej koncepcji skutecznych mechanizmów sankcyjnych.

Sankcje – państwo pytali, jakie są. Sankcja jest jedna – wojewoda może wykreślić laboratorium z rejestru. Natomiast, w moim przekonaniu, brakuje efektywnych sankcji karnych finansowych, które rzeczywiście byłyby dotkliwe dla tych laboratoriów.

Nie ma praktycznie w mechanizmach kontroli – co państwo poruszali – elementu kontrolowania zasad transportowania materiału biologicznego. Widocznie na etapie tworzenia ustawy nikomu nie wydawało się prawdopodobne, że probówkę czy próbkę moczu na posiew można transportować 400 km do innego laboratorium, co wynika z opłacalności ekonomicznej, w warunkach, które nie zapewniają zachowania odpowiedniej kontroli temperatury przenoszenia tego materiału biologicznego, co oczywiście powoduje dramatyczną utratę jakości tych oznaczeń, a w konsekwencji wzrost kosztów i zagrożeń zdrowotnych dla pacjentów. To bezsprzecznie jest zjawisko negatywne, które wymaga uregulowania.

Powiedziałbym, że dzisiaj najsłabszym elementem tego mechanizmu jest brak przełożenia pomiędzy KIDL a wojewodami. To znaczy, że gdyby za każdym razem, kiedy Krajowa Izba wykonuje swoje działania kontrolne i – o czym mówiła pani prezes Puacz – kieruje swoje wystąpienia do wojewodów, zebrać je – nie robiłem takich zestawień – to jestem przekonany, że byłaby daleko idąca rozbieżność między jednoznacznie negatywną oceną KIDL a brakiem reaktywności ze strony urzędów wojewódzkich. I można by było mnożyć te działania.

To, co jesteśmy w stanie zrobić na szybko – odpowiadając wprost panu przewodniczącemu – to wzmożenie działań kontrolnych ze strony wojewody i nawiązanie współpracy operacyjnej – to dziwnie brzmi, ale być może to jest droga konieczna – pomiędzy terytorialnymi działaniami kontrolnymi KIDL a wojewodów. To, co jesteśmy w stanie zrobić w perspektywie wieloletniej, to zastanowić się nad zmianą uregulowania prawnego całego systemu kontroli nad diagnostyką laboratoryjną.

Padło pytanie, czy ministrowi zdrowia znane są praktyki stosowania cen dumpingowych. Minister zdrowia nie kontroluje wolnego rynku. Pamiętajmy o tym, że laboratoria medyczne, tak samo jak hurtownie farmaceutyczne i inne podmioty, funkcjonują w ramach gospodarki wolnorynkowej. Z jednej strony jest to rynek, który – w moim przekonaniu – zawsze będzie wymagać pewnych regulacji, ale głównie określających standardy jakości i egzekwowanie poszczególnych standardów jakości, natomiast nie wyobrażam sobie realności albo funkcjonalności wprowadzenia jakiegoś zestawu określenia cen minimalnych przez ministra zdrowia w drodze rozporządzenia i określenia cen poszczególnych badań laboratoryjnych, bo to w naturalny sposób ograniczy konkurencyjność pomiędzy tymi podmiotami, a jednak pewien element konkurencyjności jest tu bezwzględnie wymagany.

Rzeczywiście różne są praktyki w różnych województwach. To powoduje, że nakłady, o których państwo mówią, czy ceny poszczególnych badań laboratoryjnych różnią się pomiędzy województwami. I w otoczeniu prawnym, jakie mamy, też nie wyobrażam sobie wprowadzania wymogu albo kontroli norm dotyczących umów cywilnoprawnych, jakie dyrektorzy szpitala zawierają z laboratoriami, które mają prawo w dzisiejszej dobie funkcjonować w ramach outsourcingu, który sam w sobie nie jest mechanizmem złym.

Wydzielenie z podmiotu leczniczego laboratorium jako odrębnej jednostki albo stworzenie jednego laboratorium, które obsługuje kilkanaście podmiotów leczniczych, pozwala takiej instytucji osiągnąć efekt skali i niekoniecznie musi wiązać się – co powiązała przyczynowo-skutkowo pani prezes Puacz – z dramatycznym obniżeniem jakości udzielanych świadczeń. To raczej brak efektywnego nadzoru i brak kontroli nad niepohamowaniem tych mechanizmów marketingowych doprowadził do daleko idącego zróżnicowania jakości. I to są działania legislacyjne, które na pewno leżą po stronie administracji rządowej i wymagają poważnych i rozważnych dyskusji publicznych. Pamiętajmy bowiem, że z jednej strony pewne normy można narzucać, a z drugiej strony musimy być ostrożni by przez sztuczne budowanie barier wejścia na rynek nie ograniczyć rozwoju tego sektora i jego konkurencyjności, na przykład, na arenie międzynarodowej, co można sobie wyobrazić.

Pytano, czy kontrolowane jest, która pracownia w praktyce wykonuje badanie, czy ma certyfikaty, personel, sprzęt, czy jest kontrolowana jakość badań, w ogóle miałkość całego systemu kontroli, niskość nakładów na kontrolę jakości badań oraz – co też trzeba sobie powiedzieć – brak przełożenia. W dość długo niereformowanym systemie wyceny świadczeń zdrowotnych ocena jakości świadczeń jest elementem najsłabiej poznanym w naszym kraju. Dopiero powstająca od tego roku Agencja Taryfikacji, przekształcona AOTM, będzie mieć za zadanie wypracowanie innych norm taryfikacji, a jestem przekonany, że także powiązania wyceny jakości z poziomem kontraktowania, co już samo w sobie jest czynnikiem, który pozwala podnosić jakość badań.

I rzecz niejako wtórna do kontroli, o czym powiedziałem, bo też nie wyobrażam sobie w tej dyskusji na szybko deklaracji z mojej strony utworzenia osobnej inspekcji laboratoryjnej. Raczej postulowałbym zastanowienie się, czy nie byłoby bardziej funkcjonalne, na przykład, wyposażenie KIDL w większe możliwości wyciągania sankcji w wyniku kontroli laboratoriów albo utworzenia ścieżki formalnej do wspólnych kontroli admini-

stracji wojewody w powiązaniu z ekspertami KIDL. Być może to jest mechanizm, który poprawi efektywność kontroli.

Zupełnie innym aspektem tej dyskusji, której byłem świadkiem przed chwilą, jest kwestia wyceny świadczeń zdrowotnych i ewentualnie wydzielenia świadczeń zdrowotnych diagnostyki laboratoryjnej z pozostałych świadczeń zdrowotnych. To jest postulat, który w polskim systemie jest dość rewolucyjny, dlatego, że, proszę zauważyć, z chwilą wejścia zmiany przepisów prawa od 1 stycznia tego roku wprowadziliśmy zasadę innego finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej – o czym mówił pan prof. Szmitkowski opisując raczej system przed 1 stycznia, bo od 1 stycznia mamy tę stawkę zmieniającą się. Stawka kapitacyjna ulega zmianie, kiedy więcej wykonuje się badań w POZ, co jest elementem powodującym niejako wyłączenie negatywnego mechanizmu zniechęcającego do wykonywania badań diagnostycznych w podstawowej opiece zdrowotnej, co rzeczywiście do tej pory było bolączką.

Pełne wydzielenie budżetu na badania laboratoryjne też nie jest rozwiązaniem doskonałym, choć będzie dobre dla sektora badań laboratoryjnych – bo wtedy będą mieć swoje dedykowane pieniądze, które od nikogo nie zależą i będą wykonywać badania – ale musimy też sobie uświadomić, że ilość wykonywanych badań, oznaczeń laboratoryjnych, nie jest miarą jakości opieki zdrowotnej. Jeżeli więc wydzielimy milion złotych na badania, to milion zostanie wykorzystany, a jeśli wydzielimy100 milionów złotych, to zostanie wykorzystane 100 milionów. Nikomu na świecie nie udało się udowodnić, że populacja uzyska z tego tytułu jakiś niewymierny efekt zdrowotny, bo tak nie jest.

To są trudne zagadnienia, więc ja raczej zwracałbym uwagę na to, że o ile powiązanie wskaźnika jakościowego jest niewątpliwie kierunkiem, w którym Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zmierzać na drodze kontraktowania w przyszłości, to jednak wydzielenie zupełnie budżetu diagnostyki laboratoryjnej z budżetów innych świadczeń spowodowałoby, po pierwsze, konieczność redukcji wyceny, bo przecież dzisiaj i w jednorodnych grupach pacjentów i stawce kapitacyjnej mieści się element przewidziany na badania laboratoryjne, które będą wykonywane. Jest to niejako zryczałtowana opłata, ale pamiętajmy, że w systemie opieki zdrowotnej nigdy nie da się wyliczyć do złotówki wszystkich świadczeń i kosztów. Zawsze jest to umowny ryczałt. Tak to funkcjonuje wszędzie na świecie jako najbardziej racjonalne rozwiązanie. Zatem tę drugą część dyskusji poddałbym raczej bardziej krytycznej analizie, zastanawiając się, czy ona będzie służyć do osiągania celów. Natomiast, na pewno konieczne jest dzisiaj wzmocnienie kontroli jakości nad wykonywanymi badaniami i kontroli prostych rzeczy, jak przepływ informacji, gdzie okazuje się, że nawet publiczne instytucje podległe informacji ministra zdrowia wzajemnie nie przekazują sobie analizowanych, posiadanych przez siebie danych, co wynika przede wszystkim z kultury administrowania. Nie widzę innych barier, które by leżały u podstawy takiego ograniczania dostępu danych, a w dalszej perspektywie skonstruowania modelu docelowego, który będzie zgodny z wolą wielu stron społecznych. Pamiętajmy bowiem o tym, że wysłuchaliśmy głównie jednej strony.

Dziękuję za rozważne wypowiedzi głównie lekarskie, posłów znających tę sprawę, ale gdybyśmy wysłuchali właścicieli dużych sieci laboratoryjnych, to oni pewnie też by mieli istotne argumenty po swojej stronie, których nie można pominąć w całym tym procesie. Natomiast – powiem to jeszcze raz – ta dyskusja była bardzo potrzebna i jestem przekonany, że to jest obszar, którego regulacje w tej chwili są niewystarczające. A być może regulacje są, ale niewystarczające są mechanizmy egzekucji tych regulacji i niestety wolny rynek spowodował raczej odepchnięcie na bok lekarskiego, medycznego zdrowego rozsądku w kierunku merkantylnych zjawisk, których skrajnym przykładem był ten mail przeczytany przez panią prezes Puacz. Mam nadzieję, że KIDL stosownie zareagował. I chciałbym wiedzieć, że w odpowiedzi na stosowne reakcje KIDL wojewoda też podjął stosowne kroki w stosunku do tych podmiotów, których dotyczyła ta informacja z maila.

Tych pytań było bardzo dużo, ale, w moim przekonaniu, w dyskusji padła odpowiedź na wszystkie z tych pytań. Na pytanie o to, czy minister zdrowia – jeszcze jeden wątek – albo NFZ prowadzą rejestr badań, kosztów, liczby i jakości, odpowiadam, niestety, nie prowadzi, ale też ta dyskusja pomiędzy ministrem zdrowia, Krajową Izbą Diagnostów

Laboratoryjnych a CSIOZ trwa od pewnego czasu. Z jednej strony lubimy mieć dużo danych i rejestrów, a z drugiej strony trzeba sobie uświadomić, w jaki sposób można by odnieść korzyść, gdybyśmy mieli w Polsce informację dotyczącą każdego oznaczenia laboratoryjnego, które zostało wykonane u każdego pacjenta. To jest kilkaset milionów oznaczeń laboratoryjnych wykonywanych rocznie u pacjentów w Polsce. Potworna baza danych, w dodatku zagrożona badaniami wrażliwymi, bo wynikałoby z nich, na przykład, że pan Kowalski oznaczał sobie badanie w kierunku kiły albo innej... To wymaga głębokiego przemyślenia. A odnośnie do liczby kosztów i jakości, czy minister zdrowia, czy... Powiedziałbym, że trwa dyskusja, której pewnie nie rozstrzygniemy w dniu dzisiejszym.

Dziękuję za możliwość udzielenia odpowiedzi na te pytania, choć rozumiem, że nie zadowala ona ani pana przewodniczącego, ani Wysokiej Izby, bo prawda jest taka, że Wysoka Izba ma rację – te uregulowania, które są dziś, są niewystarczające. Niektóre z nich wynikają ze złego zarządzania, bo dzisiaj zakładamy, że za jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych odpowiada kierownik jednostki, która ich udziela, czyli podmiotu leczniczego. Zatem, jeżeli dyrektor szpitala akceptuje to, że wskutek jego metod zarządzania pracownicy tego szpitala i pacjenci mają błędne oznaczenia laboratoryjne, to jest to zjawisko skandaliczne, a odpowiedzialnością za to jest obarczany dyrektor szpitala. Problem polega na tym – i to też jest prawda – że dopóki nie wydarzy się tragedia, niezawisły sąd nie orzeknie odszkodowania, to praktycznie trudno wskazać instytucję państwową, która nad tym problemem się pochyli. I to rzeczywiście jest słabość systemu nadzorczego. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Zanim oddam głos przedstawicielom Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych i panu profesorowi, powiem, panie ministrze, że będę oczywiście pytać koleżanki i kolegów, ale zakładam, że nikt nie będzie przeciwny przygotowaniu dezyderatu, i ten dezyderat powstanie. Chciałbym tylko, żeby sprawa była jasna także dla pana. To nie chodzi o to, że my dzisiaj porozmawialiśmy i napiszemy dezyderat, a pan na niego odpowie. Chodzi o to, aby, choćby krok po kroku, zacząć podejmować konkretne działania w tej sprawie.

Jesteśmy realistami i nie oczekujemy tego, że w ciągu miesiąca, dwóch czy nawet pół roku wszystko się całkowicie zmieni. Oczekujemy jednak pewnej ewolucji i konkretnych działań. Jeżeli pan ma obawy dotyczące wydzielenia tej puli badań, jak jest w innych krajach, to proszę zaproponować nam inne rozwiązania, które będą bardziej skuteczne, bo do tej pory... Nie chcę powtarzać argumentów. Wiemy, z czego wynika myślenie oszczędnościowe. Może warto wyodrębnić część badań, może w jakichś określonych sytuacjach. Może wyłączyć z tego szpitale. Możemy różnie dywagować i rozważać, albo w ogóle pójść inną drogą. Chciałbym jednak, aby państwo zaprezentowali pewien model dochodzenia do poprawy sytuacji.

Bardzo proszę. Która z pań chciałaby zabrać głos? Później jeszcze pan profesor...

Sekretarz KRDL Anna Lipnicka:

Anna Lipnicka, sekretarz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, ale jednocześnie kierownik medycznego laboratorium diagnostycznego – powiatowego laboratorium.

Panie przewodniczący, chciałabym uzupełnić trochę temat kontroli jakości, która jest robiona codziennie w każdym medycznym laboratorium diagnostycznym. To nie tylko taka kontrola, jaką przeprowadza zewnętrzna kontrola w ośrodku krajowym, ale również taka, jaką przeprowadza każde laboratorium. Jest obowiązek przeprowadzenia takiej kontroli codziennie. Każdy kierownik jest za to odpowiedzialny i laboratorium, które jest w ewidencji Krajowej Rady, i dostosowuje się do standardów jakości, taką kontrolę musi dokumentować i przedstawiać w czasie wizytacji.

Bardzo dziękuję pani doktor za wypowiedź odnośnie do podstawowej opieki zdrowotnej i takich jednostek POZ, które na świadczenia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wydają określone fundusze. Tak, jak pani doktor powiedziała, za tym wszystkim idą pieniądze. Na diagnostykę laboratoryjną również. Natomiast, te laboratoria, które często funkcjonowały przy małych miejscowościach, przy szpitalach powiatowych czy POZ

-ach, niestety, musiały zlikwidować swoją działalność, ponieważ nie dostawały pieniędzy od swoich płatników. My jesteśmy podwykonawcami świadczeń, natomiast umowę z NFZ ma świadczeniodawca.

I mam pytanie do pana ministra, czy NFZ kiedykolwiek kontrolował, czy faktury za badania laboratoryjne były laboratoriom zapłacone. Niestety, do Krajowej Izby napływa wiele informacji o tym, że laboratoria nie otrzymują pieniędzy, a są to pieniądze publiczne. Dlatego też na takie laboratoria czyhają laboratoria sieciowe, którym łatwiej utrzymać się na rynku. Natomiast ja zawsze podnoszę taką kwestię, że małe laboratorium, diagnosta laboratoryjny blisko lekarza, to jest właśnie zapewnienie tej edukacji pacjenta, nauki, jak przygotować się do badań, bo cały proces badania laboratoryjnego to są fazy przedanalityczna, analityczna i poanalityczna, kiedy ten wynik jest potrzebny lekarzowi może po raz drugi, żeby sprawdzić czy skontrolować. Czyli, to doradztwo diagnostyczne jest bardzo potrzebne. Ja akurat mam duże zadowolenie, ponieważ często uczestniczyłam nawet w obchodach z lekarzami i doradzałam, myślę, że pani doktor również. Wtedy nasza praca jest doceniona nie tylko finansowo, czujemy również, że jesteśmy potrzebni. Tak więc te dwie kwestie...

Jeszcze jedna, króciutko. Wiem, że są różne POZ-y. Niektóre wydają bardzo dużo pieniędzy na badania laboratoryjne, może nawet więcej niż powinny, ale są też takie, które wydają bardzo mało fundusze. My mamy wiedzę o takich POZ-ach. Kierujemy więc taką informację do państwa, bo wiemy też, że niektóre badania podstawowe – OB, morfologia, glukoza, cholesterol – są wykonywane, w gabinetach zabiegowych lekarskich, a my musimy, niestety, dostosować się do innych przepisów i wykonywać je zgodnie z kanonami sztuki. Informowaliśmy nie raz głównego inspektora sanitarnego o tej sytuacji, ale nie ma odzewu z tej strony. I to jest właśnie prośba do pana ministra, żeby zmobilizować służby sanitarne. I druga, do płatnika, do NFZ, bo może warto byłoby... Bo to jest prosta wskazówka, jak kontrolować, czy laboratorium otrzymało fundusze za wykonaną przez siebie pracę. Z tego powodu z ministrem Neumannem w tamtym roku...

Chciałbym też państwa poinformować, że od dwóch lat toczy się proces utworzenia rejestru badań laboratoryjnych. Jest przygotowana cała koncepcja z szerokim uzasadnieniem. Zostaliśmy skierowani do CSIOZ i razem opracowaliśmy koncepcję rejestru badań laboratoryjnych, ale nie wyników badań pacjentów, tylko ilości badań, jakie wykonuje POZ, specjalista, szpital, żeby na tej podstawie różnicować świadczeniodawców, a jednocześnie, żeby to było narzędzie dla pana ministra, do kierowania polityką zdrowotną w Polsce. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. I pan profesor, proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej Maciej Szmitkowski:

Proszę państwa, powiem tak. Jestem lekarzem, więc stoję po obu stronach. Pracuję w diagnostyce 44 lata, 30 lat kieruję laboratorium dużego uniwersyteckiego szpitala. Przez 30 lat byłem konsultantem wojewódzkim. Znam sprawę dogłębnie. Moje województwo od 15 lat zajmuje pierwsze miejsce w kontroli jakości – łódzkie.

Naprawdę potrzebne są zmiany systemowe. Podtrzymuję to i dalej się przy tym upieram, proszę państwa, że płatnikiem powinien być wyłącznie NFZ. Wtedy NFZ stawia warunki.

Państwo mówią o jakichś nowych instytucjach do kontroli. Nie są one potrzebne. Kontroluje Centralny Ośrodek Badania Jakości, kontrolują konsultanci i kontroluje Izba. Natomiast, jeżeli NFZ kontraktowałby te laboratoria i badania, to miałby prawo stawiać warunki zarówno aparaturowe, jak i kadrowe. Stawiałby warunki odnośnie do posiadania certyfikatów – certyfikatów ISO – które są teraz bardzo ważne. Te laboratoria, które mają wszystkie te certyfikaty, pracują dobrze. Tak jest właśnie u mnie w województwie. Dzięki temu mamy to pierwsze miejsce.

Tak więc, ja bardzo proszę, żeby myśleć tylko o tym i żebyśmy docelowo do takiego modelu zdążali. Jest to model, który ma cała Europa, z wyjątkiem kilku krajów, na których my, na nieszczęście, się wzorowaliśmy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani prezes. Proszę wyłączyć mikrofon, bo włączone są dwa mikrofony. Bardzo proszę. Prosiłbym krótko...

Prezes KRDL Elżbieta Puacz:

Króciutko. Bardzo dziękuję za tę dyskusję. Wsłuchując się w nią zauważamy, że pojawia się istotna potrzeba podjęcia prac nad ustawami i rozporządzeniami dotyczącymi diagnostyki laboratoryjnej, a także roli diagnosty laboratoryjnego w całym procesie diagnostyczno-laboratoryjnym. Nie zamieniajmy człowieka dobrze wykształconego w uczelniach medycznych, posiadającego specjalizację, na pracownika wyłącznie obsługującego aparaturę medyczną. Obowiązująca dzisiaj ustawa o diagnostyce laboratoryjnej pochodzi z 2001 r. i była kilkakrotnie epizodycznie zmieniana. Nie było zmiany gruntownej, systemowej, głębszego przeanalizowania problemu, który dzisiaj tak bardzo był widoczny w czasie naszej dyskusji.

Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych dąży do zmian w ustawie, widzi te problemy. Dzisiejsza dyskusja i państwa głosy wskazują, iż państwo, przedstawiciele Sejmu, także dostrzegli potrzebę zmiany w tym sektorze. Dlatego też Krajowa Izba bardzo liczy na państwa wsparcie w zakresie zmian, które doprowadzą do uregulowania procesów w diagnostyce laboratoryjnej w całej Polsce, dla nas wszystkich. Bardzo serdecznie dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pozwolę sobie tylko zauważyć, że nowelizacja z 2006 r. była całkiem spora. Prowadziłem tę podkomisję. Trwało to dość długo, więc wydaje mi się, że trudno tę nowelizację nazwać epizodyczną.

Czy ktoś z państwa posłów jest przeciwny propozycji ze strony prezydium Komisji, żeby w tej sprawie został przygotowany dezyderat? Sprzeciwu nie słyszę. W związku z tym, dziękuję państwu.

Zamykam posiedzenie Komisji.